

Seksuelle krenkelser: Depressive symptomer og resiliensfaktorer

Suzanne Børretzen



Levert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2008

Forfatter: Suzanne Børretzen

Oppgavetittel: Seksuelle krenkelser: Depressive symptomer og resiliensfaktorer

Veileder: Knut Arne Hagtvatn

Biveileder: Svein Mossige

SAMMENDRAG

Personer som utsettes for seksuelle overgrep som barn eller ungdom antas å ha større risiko for senere depresjon enn befolkningen ellers. Dette er imidlertid ikke et entydig funn. En betydelig andel av denne gruppen ser ikke ut til å oppleve depressive symptomer. Innen resiliensforskning finner man at ungdommer som opplever omfattende påkjenninger risikerer flere psykiske problemer enn andre ungdommer, men at en betydelig andel håndterer påkjenninger på en måte som minsker risiko for psykiske problemer. Dette er blitt forklart med resiliensprosesser hos de som i mindre grad opplever problemer.

Slike funn gjør det interessant å undersøke relasjonen mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer blant ungdommer med henblikk på resiliens: Er det en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for tilstedeværelse av potensielle resiliensfaktorer, og har resiliensfaktorer en direkte eller modererende effekt på depressive symptomer hos gutter og jenter som har blitt eksponert for seksuelle krenkelser?

Dette er et selvstendig forskningsprosjekt. Studien er basert på allerede innsamlet datamateriale fra NOVA. Datamaterialet er hentet fra LUVØ, en surveybasert studie av vold og overgrep blant ungdommer. Mitt utvalg består av 1553 ungdommer i avgangskullet i videregående skole. Selvrappport av minst en seksuell krenkelse danner inklusjonsgrunnlaget. Målingene av depressive symptomer og resiliensfaktorer er undersøkt ved selvrappport i et tversnittsdesign. Studien anvender hierarkiske multiple lineære regresjonsanalyser, og interaksjon ble testet i regresjonsmodellen

Resultatene viste at for jentene var både milde og grove seksuelle krenkelser forbundet med en økning i depressive symptomer selv når det ble kontrollert for resiliensnivå. Denne effekten var avhengig av nivå av personlig kompetanse. I de andre tilfellene ble det påvist hovedeffekter. For guttene var ikke seksuelle krenkelser relatert til depressive symptomer. Mine funn gir støtte for både en kompensatorisk og en modererende modell av hvordan resiliensfaktorer påvirker forholdet mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer for jenter, avhengig av resiliensfaktor. Resultater, begrensninger og implikasjoner av studien blir diskutert.

FORORD

Arbeidet med denne hovedoppgaven har vært en lærerik og utfordrende prosess. Jeg vil rette en stor takk til Svein Mossige og NOVA, som har stilt datamaterialet i denne studien til rådighet. Videre vil jeg takke min biveileder Svein Mossige, for din tiltro til prosjektet og konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen.

Jeg vil rette en stor og hjertelig takk til min hovedveileder Knut Arne Hagtvatn. Din entusiasme og tilstedeværelse har vært uvurderlig for meg. Hver gang det har blitt imotarbeidet har veiledningen gitt meg fornyet motivasjon og glede i arbeidet med oppgaven. Takk for et svært godt samarbeid.

Ellers vil jeg takke Hansa og øvrige familie og venner for mye tålmodighet og støtte.

Oslo, april 2008.

Suzanne Børretzen,

INNHALDSFORTEGNELSE

INNLEDNING	6
Depressive symptomer	8
Depresjon og seksuelle krenkelser	9
Forekomst av seksuelle krenkelser blant ungdom	11
Seksuelle krenkelser av barn og ungdom	12
Begrepsavklaring og definisjon av seksuelle krenkelser	12
Alvorlighetsgrad ved overgrep	13
Resiliens og beskyttende prosesser	14
Familiesamhold	16
Sosial støtte	18
Personlig kompetanse	20
Sosial kompetanse	21
Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer	22
Oppsummering og forskningsproblem	22
METODE	24
Utvalg	24
Totalutvalg og underutvalg	25
Prosedyre	26
Måleinstrumenter	26
Depressive symptomer – operasjonelle definisjoner	26
Seksuelle krenkelser – operasjonelle definisjoner	27
Resiliensfaktorer – operasjonelle definisjoner	29
Modell og strategi for analyse av problemstillingene	31
RESULTATER	33
Deskriptiv statistikk	33
Analyseresultater	36
1) Er det en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for resiliens?	37
2) Er relasjonen avhengig av grad av resiliens?	39
Modellenes forklaringsstyrke	40
DISKUSJON	40

Resultater	41
Er det en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for resiliens for jenter?	41
Er relasjonen mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer avhengig av grad av resiliens for jenter?	42
Unikt bidrag fra grove krenkelser kontrollert for milde krenkelser for jenter ...	43
Drøfting og implikasjoner av jentenes resultater	44
Er det en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for resiliens for gutter?	45
Drøfting av forskjellige resultater for gutter og jenter	45
Betydning av resiliens	47
Begrensninger ved studien	48
Utvalgets representativitet.....	48
Måleinstrumenter	48
Depressiv symptomatologi som utfallsmål	49
Implikasjoner for behandlende intervensjoner	50
KONKLUSJON	50
REFERANSER	52
VEDLEGG	61

INNLEDNING

Seksuelle overgrep mot barn og ungdom er et alvorlig problem som har fått økt oppmerksomhet de siste tiårene. En grunn til dette er de omfattende negative konsekvensene som kan være forbundet med seksuelle overgrep for individet, omgivelsene og samfunnet. Det har lenge vært kjent at seksuelle overgrep kan øke risikoen for vidt spekter av problemer, blant annet seksuell risikoatferd, PTSD, angst og depresjon. Av disse mulige utfallene er sammenhengen mellom seksuelle overgrep og depressive symptomer blant de som hyppigst blir rapportert (se for eksempel Beitchman, Zucker, Hood, daCosta & Akman, 1991; Beitchman, Zucker, Hood, daCosta, Akman & Cassavia, 1992; Briere & Elliot, 1994; Polusny & Follette, 1995; Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison, 1996; Rosen & Martin, 1996; Mannon & Leitschuh, 2002; Briere & Elliot, 2003).

Depressive symptomer rapporteres i større grad blant kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn enn kvinner som ikke har vært eksponert for overgrep (Beitchman et al, 1991; Beitchman et al., 1992; Sach-Erichsson, Neumann, Houskamp, Pollock & Briere, 1996; Banyard, Williams & Siegel, 2001, Briere & Elliot, 2003). Studier med mannlige informanter gir også støtte til en sammenheng mellom seksuelle overgrep og depressive symptomer (Bendixen, Muus & Schei, 1994; Heath, Bean & Feinauer, 1996; Rosen & Martin; 1996; Shraedley, Gotlib & Hayward, 1999; Briere & Elliot, 2003, Steel, Sanna, Hammond, Whipple & Cross, 2004).

Dersom overgrepene har vært alvorlige har man funnet ytterligere risiko. Seksuelle handlinger som innbærer inntregning har vært forbundet med depressive symptomer i større grad enn beføling (Beitchman et al., 1992; Bendixen et al, 1994; Heath et al., 1996; Fergusson, Horwood & Lynskey, 1996; Fleming, Mullen, Sibthorpe & Bammer, 1999). Det har også vært økt risiko for depresjon hvis individer har opplevd andre stressende livshendelser, for eksempel fysisk mishandling (Banyard, Williams & Siegel, 2001; Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers, & O'Brien, 2007).

Selv om en rekke studier bekrefter en positiv sammenheng er det imidlertid ikke funnet en konsistent sammenheng mellom seksuelle overgrep og depressive symptomer. I en metastudie baserte på rekke nordamerikanske studier fant for eksempel Rind, Tromovitch & Bauseman (1998) at sammenhengene mellom overgrep og helseproblemer var svake, og at psykiske problemer hos individer som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i stor grad hang sammen med familiemiljø. Videre fant de at effektene var sterkere for jenter enn for

gutter som var utsatt for seksuelle overgrep. Denne studien er imidlertid blitt kritisert for en rekke metodiske og begrepsmessige svakheter (Mossige, 2000). Det er betydelige forskjeller mellom de inkluderte studiene med hensyn til overgrepdefinisjoner, mål og datainnsamlingsmetoder, hvilket kan påvirke sammenhengene som ble rapportert (Mannon & Leitschuh, 2002).

I flere enkeltstudier har man like fullt identifisert individer som ikke ser ut til oppleve depressive symptomer eller andre negative utfall i tilknytning til seksuelle overgrep (Conte & Schuerman, 1987; Spacarelli & Kim, 1995; Liem, James, O'Toole & Boudewyn, 1997; Jonzon & Lindblad, 2006).

At en rekke studier rapporterer om variasjon i depressive symptomer selv i forbindelse med alvorlige seksuelle overgrep har ført til en økende interesse for faktorer som er assosiert med et positivt utfall, det vil si mulige beskyttende faktorer, og ikke bare for forhold som henger sammen med risiko. Videre har et slikt sammensatt fokus på hvordan beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer interagerer knyttet feltet an til et utviklingspsykopatologisk perspektiv, som innebærer en større vekt på individets sosiale kontekst.

Dette har bidratt til en dreining mot å identifisere bakgrunnsvariabler eller faktorer som medierer eller modererer direkte sammenhenger mellom overgrep og psykologiske problemer. Hypotesen har vært at eksponering for en seksuell krenkelse kan øke risiko for depressive symptomer, men at denne effekten kan avhenge av egenskaper ved individets miljø, som familiemiljø eller sosial støtte, og egenskaper relatert til individet og hans eller hennes måte å håndtere hendelsen på (Jonzon & Lindblad, 2006, Feiring, Taska & Lewis, 1998; Runtz & Shallow, 1997). Slike beskyttelsesfaktorer kan samles under begrepet om resiliens. Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge & Martinussen (2006) definerer resiliens som de beskyttelsesfaktorer, prosesser og mekanismer som bidrar til et godt utfall på tross av erfaringer med stressorer som er kjent for å innebære betydelig risiko for å utvikle psykopatologi. Majoriteten av studier som har undersøkt seksuelle krenkelser og resiliens har imidlertid omfattet voksne informanter, mens det eksisterer langt færre studier av hvordan tilstedeværelse av antatte beskyttelsesfaktorer er assosiert med depressive symptomer blant ungdommer.

Resiliensforskning i forbindelse med andre typer overgrep og påkjenninger finner imidlertid positive virkninger for ungdom i familier som gir følelsesmessig omsorg og er preget av samhold (Masten, Coatsworth, 1998; Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shaerer, Maughan, 2007). God familiefungering har vist seg å predikere bedre tilpasning blant unge

når de utsettes for stressende livshendelser, og effekten av risikoerfaringer virker også å påvirkes av hvordan individet tenker og føler om opplevelsen, med bedre utfall blant unge preget av selvtillit og opplevd kompetanse (Collishaw et al., 2007)

Fellestrekk ved god håndtering av påkjenninger ser ut til å være faktorer som fasiliterer prosesser som styrker individets selvfølelse, tilknytning og sosiale kompetanse, at den unge opplever sosial støtte i og utenfor familien og har personlighetsfaktorer som utløser positiv respons (Kumpfer, 1999).

I sum peker forskningen på området i retning av at det er en økt risiko for depressive symptomer i forbindelse med å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Samtidig tyder varierende effekter av seksuelle krenkelser på at resiliensfaktorer ved individet og individets miljø kan ha betydning for effektene av seksuelle overgrep på depressive symptomer. Det finnes imidlertid begrenset kunnskap om hvordan resiliens er relatert til fungering hos ungdom som har blitt utsatt for seksuelle overgrep eller krenkelser. Dette gjør det interessant å undersøke hvordan resiliensfaktorer og seksuelle krenkelser henger sammen med depressive problemer i denne aldersgruppen.

I denne sammenhengen ønsker jeg spesifikt å se nærmere på om det er en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for tilstedeværelse av resiliensfaktorer. I tillegg vil jeg undersøke om relasjonene mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kan være avhengige av grad av resiliens.

Depressive symptomer

Som psykisk lidelse er depresjon kategorisk definert ut fra tilstedeværelse av depressive symptomer, som for eksempel søvnløshet og konsentrasjonsproblemer, varighet og nedsatt stemningsleie (ICD-10, DSM-IV-TR). Det er imidlertid indikasjoner på at depresjon og depressive symptomer kan ansees å variere over et kontinuum (Lewinsohn, Solomon, Seeley & Zeiss, 2000; Hankin, Fraley, Lahey & Waldman, 2005). Studier viser at graden av psykososial svekkelse øker med antall symptomer (Lewinsohn et al, 2000), og at mye av plagene som følger med depresjon er til stede også i de mildere formene (Lewinsohn et al., 2000; Gotlib, Lewinsohn & Seeley, 1995). Videre er tilstedeværelse av depressive symptomer en viktig risikofaktor og prediktor for å utvikle klinisk depresjon (Weissman et al, 1999). Dette er forhold som gjør det relevant å undersøke depressive symptomer hos ungdom, selv om disse er subkliniske, og selv om bare en liten andel av ungdommene som rapporterer om depressive symptomer og nedsatt stemningsleie oppfyller de diagnostiske kriteriene for

depresjon. Det opplevde ubehaget for den enkelte og risikoen for å utvikle klinisk depresjon er likevel betydelig i denne gruppen. I samsvar med dette perspektivet er mange studier av depresjon blant ungdommer basert på tilstedeværelse av depressive symptomer (Schrader, Gotlib & Hayward, 1999; Wichstrøm, 1999). I den foreliggende studien undersøkes depressive symptomer og deriblant nedsatt stemningsleie. Referanser til depressive symptomer vil også omfatte definisjoner som depressiv lidelse.

Forekomststall for depressive symptomer og depresjon varierer noe mellom studier. Dette skyldes både bruk av forskjellige målinger og definisjoner, og tidsrommet som måles. Klinisk depresjon er estimert å ha en prevalens i ungdomsalder fra 3% (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1998) og opp til 8-9 % (Birmaher, Ryan & Williamson, 1996; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993). En langt høyere andel ungdommer opplever depressive symptomer. I en studie av ungdommer i midten av tenårene rapporterte 13 % av guttene 34% av jentene en høy grad av depressive symptomer (Saluja, Iachan, Scheidt, Overpeck, Sun & Giedd, 2004). Både i befolkningsbaserte og kliniske utvalg er dette estimater som går igjen. Forskning viser videre at det er en betydelig kjønnsforskjell i depressive symptomer fra tidlig ungdomsalder. Jenter rapporterer mer depressiv symptomatologi enn gutter, og denne forskjellen øker markert fra 13-årsalderen (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993; Wichstrøm, 1999).

Konsekvenser av depressive symptomer hos ungdom kan være alvorlige. Depressive symptomer er assosiert med svakere psykososial fungering (Lewinsohn et al, 2000, Gotlib, et al. 1995), økt risiko for rusmisbruk, (Lewinsohn et al., 2000; Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henrikson, Poikalainen & Lönnquist, 2002) andre psykiske lidelser, lærevansker og vanskeligheter i forhold til jevnaldrende og skolen (Noelen-Hoeksema, Seligman & Girgus, 1992). Depressive symptomer predikerer også selvmordsatferd (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1994; Weissman et al. 2008). Dersom man blir diagnostisert med klinisk depresjon utgjør dette dessuten en betydelig risiko for å erfare en ny depressiv episode i løpet av ungdomstiden eller som voksen (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000). Selv mild ungdomsdepresjon ser ut til å utgjøre en risiko for depresjon som voksen (Aalto-Setälä et al., 2002; Dunn & Goodyer, 2006).

Depresjon og seksuelle krenkelser

Ut fra et utviklingspsykopatologisk perspektiv utvikles depressive problemer blant ungdom i et komplekst samspill mellom multiple psykologiske, interpersonlige og biologiske prosesser

(Cicchetti & Toth, 1998). Årsaker til at ungdommer utvikler depresjon er antatt å ligge i en kombinasjon av predisponerende faktorer med bakgrunn i genetisk utrustning eller tidlig erfaring, og stressende livshendelser. I det følgende vil jeg fokusere på sistnevnte faktor, selv om disse forutsettes å samspille med biologiske og andre systemer (Rice, Gordon, Shelton & Thapar, 2006; Cicchetti, Rogosh & Apple-Sturge, 2007).

Flere studier indikerer at depressive symptomer ofte følger stressende og negative livshendelser. Eksempler på slike hendelser kan være konflikt mellom foreldrene, mobbing, vold og seksuelle overgrep. I en longitudinell studie ble det funnet at stressende og negative livshendelser predikerte økning i senere depressive symptomer, selv ved kontroll for negativ affekt til å begynne med (Ge, Lorenz, Conger, Elder & Simons, 1994). Spesielt ved første gangs depresjon virker det som at negative hendelser kan være viktige utløsende faktorer (Lewinsohn, Allen, Gotlib & Seeley, 1999).

Det er foreslått flere mekanismer som kan forklare denne sammenhengen. I følge kognitiv atferdsteori er negativ kognisjon om selvet, verden og fremtiden, kombinert med manglende coping-ferdigheter og grubling en risiko for depresjon (Peterson & Seligman, 1984; Abramson, Metalski & Alloy, 1989; Seligman, Abramson Semmel & von Baeyer, 1979). En attribusjonsstil hvor negative hendelser knyttes til stabile, globale og interne faktorer, mens positive hendelser knyttes til faktorer som er eksterne, ustabile og spesifikke utgjør en kognitiv sårbarhetsfaktor. Hvis hendelser blir forklart med denne negative forklaringsstilen kan dette føre til en følelse av hjelpeløshet og bidra til håpløshet, fortvilelse og depresjon. En rekke studier knytter en slik pessimistisk forklaringsstil til depresjon hos ungdom og voksne (Peterson & Seligman, 1984; Gotlib, Lewinsohn, Seeley, Rohde & Redner, 1993).

Ungdomsårene er preget av en rekke utviklingsmessige utfordringer (Wichström, 1999). Den økte evnen til abstrakt kognisjon og selvbevissthet som preger ungdommer kan øke betydningen av sårbare kognitive trekk i denne fasen. Dersom negative livshendelser inntreffer gjør en klandrende attribusjonsstil individet sårbart for å tilskrive det som har skjedd til seg selv (Hankin & Abramson, 2001; Noelen-Hoeksema, 1994).

Flere studier viser at en attribusjonsstil med vekt på å klandre seg selv oftere finnes hos jenter fra ung alder av (Wichström, 1999). Kombinasjonen av negative opplevelser og en negativ kognisjon er blitt foreslått som forklaring på hvorfor jenter har større sannsynlighet for å utvikle depresjon enn gutter (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Hankin & Abramson, 2001).

Seksuelle overgrep eller krenkelser utgjør en spesiell form for stressende, negative og uønskede hendelser. De kognitive reaksjonene og attribusjonene kan også i dette tilfellet fungere som risikofaktorer eller beskyttende faktorer som modererer eller medierer effektene av overgrep på psykisk helse (Spacarelli & Kim, 1995). I en modell som spesifikt omhandler seksuelle krenkelser og psykisk helse foreslår Feiring, Taska og Lewis (1996) at seksuelle overgrep leder til negativ selvevaluering og skam hos den som har blitt utsatt, hvilket igjen kan føre til svekket tilpasning, hjelpeløshet og depressive reaksjoner. Effektene av et overgrep vil like fullt avhenge av et komplekst samspill av utviklingsprosesser som foregår i forkant av overgrepet, og de transaksjonene som skjer i etterkant. Mange stressfaktorer vil kunne øke sannsynligheten for depressive symptomer, blant annet gjennom å fremme en negativ kognisjon og et mistilpasset samspill med omgivelsene. Motsatt vil forhold som bidrar til adaptiv kognisjon og emosjonell støtte kunne fremme tilpasning. Det vil være summen av risiko knyttet til den seksuelle krenkelsen og andre negative forhold, og beskyttelse knyttet til individet selv og sosial støtte som avgjør effekt på psykisk helse (Spacarelli & Kim, 1995; Feiring et al., 1996).

Samlet sett peker forskningen i retning av at depressiv symptomatologi kan ha sammenheng med en rekke kognitive og miljømessige forhold ved den enkelte ungdommens situasjon. Dette er sannsynligvis også tilfellet ved seksuelle overgrep, hvor effekter av overgrep på depressive symptomer antas å være relatert til en rekke forhold ved individet selv, ungdommens sosiale kontekst og overgrepet.

Forekomst av seksuelle krenkelser blant ungdom

Omfangsstudier viser at seksuelle overgrep eller krenkelser er relativt utbredt blant norsk ungdom. I en nylig utgitt norsk omfangsundersøkelse oppga 22 prosent av jentene og 8 prosent av guttene å ha opplevd minst én mild seksuell krenkelse, mens 15 prosent av jentene og 7 prosent av guttene oppga å ha opplevd minst én grov seksuell krenkelse (Mossige & Stefansen, 2008). Disse resultatene er relativt sammenfallende med resultatene fra en tidligere omfangsstudie, som bygget på et sammenlignbart utvalg (Mossige & Stefansen, 2007; Mossige, Ainsaar & Svedin, 2007). Svarprosentene på to tidligere norske studier (Sætre, 1986, Tambs, 1994) er forholdsvis lave, noe som vanskeliggjør sikre tolkninger av data. Av omfangsstudien til Mossige & Stefansen (2007) fremkommer det at det var klart flere jenter enn gutter som oppga å ha blitt utsatt for seksuelle krenkelser. Videre var milde seksuelle krenkelser forholdsvis mye mer utbredt enn grove krenkelser. Majoriteten av informantene

opplevde enkelthendelser og ikke flere krenkelser. Det er imidlertid verdt å merke seg at deres utvalg, som også den foreliggende studien er basert på, er basert på informanter fra videregående skole og sannsynligvis noe mindre problembelastet enn den reelle populasjonen (Kristofersen & Clausen, 2008). Dette kan påvirke resultatene. Videre oppgir nesten alle jentene at utøver var mannlig, noe som er i tråd med tidligere funn. Nesten 40 % av guttene oppgir en kvinnelig utøver, noe som er langt høyere enn det som har vært funnet tidligere. De sistnevnte tallene er imidlertid beheftet med en del usikkerhet pga høyt frafall.

Seksuelle krenkelser av barn og ungdom

Begrepsavklaring og definisjon av seksuelle krenkelser

Seksuelle overgrep og krenkelser er et heterogent fenomen. Forekomstundersøkelser gir et overblikk over omfanget av seksuelle krenkelser og overgrep, men står samtidig i fare for å formidle et bilde av seksuelle overgrep som en entydig kategori. Seksuelle overgrep omfatter et spekter av situasjoner og hendelser. I tillegg kan den utsatte selv, utøver og omgivelsene i større eller mindre grad vurdere hendelsene som alvorlige ut fra trekk ved både handlingen og situasjonen. Selve handlingen, grad av press og tvang, den utsattes samtykkekompetanse, aldersforskjell, kjønn og nærhet til overgriper representerer en rekke forskjellige forhold som sammen eller hver for seg kan ha betydning for hvorvidt den seksuelle handlingen oppleves som et overgrep (Mossige & Stefansen, 2007).

De mange aspektene ved seksuelle overgrep indikerer at dette kan sies å være et vidt begrep, som rommer en rekke former for seksuelle krenkelser av barn og unge (Haugaard, 2000). Det kan være komplisert å avgrense fenomenet og det foreligger ikke en felles definisjon av hva som konstituerer et seksuelt overgrep mot barn og ungdom i forskningsfeltet, for eksempel med hensyn til hva som regnes som barn. I flere studier referer begrepet til ungdom opp til 18 år (for eksempel Bendiksen et al. 1994; Rosen & Martin, 1996; Jonzon & Lindblad, 2006; Arata et al., 2007), mens noen studier opererer med definisjoner ned til 14 år (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold & Milner, 2001).

Det er imidlertid noen fellestrekk ved forståelsen av hva som utgjør et seksuelt overgrep i de fleste definisjonene. I en innflytelsesrik definisjon av Schechter og Roberge (1976, referert i Emery & Laumann-Billings, 2002) defineres seksuelle overgrep mot barn og unge slik: "Sexual abuse is defined as the involvement of dependent, emotionally immature children and adolescents in sexual activities they not truly comprehend, to which they are unable to give informed consent, or that violate the social taboos of family roles."

I samsvar med denne definisjonen vektlegger de fleste definisjoner et asymmetrisk maktforhold mellom utøver og offer hvor sistnevnte ufrivillig eller uten samtykkekompetanse gjøres til gjenstand for utøvers seksuelle handlinger (Mossige, 2001). Utover dette vil spørsmålet om hva som er en rimelig eller relevant avgrensning som regel henge sammen med formålet for undersøkelsen (Mossige, 2000).

De nevnte uklarhetene nødvendiggjør en presisering og begrunnelse av begrepsbruken relatert til seksuelle overgrep i den foreliggende studien. I gjennomgangen av aktuell litteratur benyttes begrepet seksuelle overgrep der artikkelforfatterne selv har gjort dette. I tilknytning til egen studie benyttes begrepet seksuelle krenkelser om uønskede seksuelle hendelser blant ungdom i alderen 13 til omtrent 18 år. At hendelsen er uønsket er et viktig kriterium fordi det differensierer mellom frivillig seksuell eksperimentering og opplevelsen av at hendelsen oppleves som ufrivillig for ungdommene.

Seksuelle krenkelser er imidlertid et begrep som dekker et noe videre spekter av handlinger enn seksuelle overgrep, fra handlinger som ungdommen selv kan ha valgt å delta i, men angret i etterkant, til handlinger som mer entydig dreier seg om seksuelle overgrep ved at handlingene preges av tvang og uvillighet (Krange og Pedersen, 1999, referert i Mossige, 2001:14). Ettersom informantene i denne studien har blitt spurt om uønskede seksuelle hendelser åpner dette for at ungdommer som har opplevd handlingen som uønsket, men ikke nødvendigvis oppfatter handlingen som et overgrep også rapporterer om sin erfaring. Dette innebærer også erfaringer med jevnaldrende. I sum gjør disse kriteriene det hensiktsmessig å bruke begrepet seksuelle krenkelser, ettersom det ikke er gitt at informantene selv ville karakterisert hendelsene som overgrep.

Alvorlighetsgrad ved overgrep

Seksuelle krenkelser og overgrep dekker et vidt spekter av hendelser, og det kan være ønskelig med en differensiering av alvorlighetsgrad ved hendelsene. En rekke overgrepsrelaterte trekk har da også blitt knyttet til hendelsenes alvorlighetsgrad og undersøkt i forbindelse med effekter av seksuelle overgrep på depressive symptomer. Funn fra denne forskningen er i mange tilfeller inkonsistente, men noen trekk har vist seg å være relatert til mer alvorlige utfall. Det er for eksempel indikasjoner på at henholdsvis antall hendelser (Briere & Elliot, 2003), varighet (Beitchman et al., 1992) og fysisk press (Beitchman et al., 1992; Liem et al., 1997) er forbundet med mer depressive symptomer.

Forskjellige definisjoner, anvendelser av begreper og forskjeller i hvilke dimensjoner som er undersøkt i hver enkelt studie gjør det imidlertid vanskelig å sammenligne studier på området (Mannon & Leitschuh, 2002). Flere studier opererer for eksempel med sammensatte mål på alvorlighetsgrad (severity), hvor blant annet relasjon til overgriper, type handling og grad av press angir antatt alvorlighet (Fassler, Amodeo, Griffin, Clay, & Ellis et al., 2005; Merrill, et al, 2005). Mål som er sammensatt over forskjellige dimensjoner som dette kan skape uklarhet om hvilke aspekter som faktisk er relatert til effekt på psykisk helse, og om noen av forholdene har større bidrag enn andre. Den motsatt ytterligheten er studier som baserer seg på et enkeltledd for å måle eksponering for seksuelle overgrep (Chandy, Blum & Resnick, 1996). En slik fremgangsmåte bidrar til usikkerhet om hva slags fenomen det egentlig er man har målt.

Det er imidlertid flere studier som peker i retning av at type handling kan representere et viktig aspekt ved alvorlighetsgrad ved overgrep eller krenkelser. En rekke studier basert på ulike utvalg har funnet at samleie og andre former for inntrengningshandlinger ser ut til å være forbundet med mer alvorlige psykiske problemer og depressive problemer enn andre kontaktovergrep og ikke-kontakthandlinger (Bendixen et al. 1994; Heath, et al., 1996; Fergusson et al 1996; Flemming et al 1999). I en studie basert på et studentutvalg predikerte en inndeling som differensierte mellom inntrengningshandlinger og andre handlinger et konsistent dose-respons forhold til målinger av depressive symptomer hos unge voksne (Bendixen et al., 1994). Slike funn indikerer at inntrengningsovergrep kan være kvalitativt mer alvorlige hendelser enn andre former for kontaktovergrep. En slik mulighet gjør at det kan være relevant å differensiere mellom inntrengningsovergrep og andre former for seksuelle overgrep eller krenkelser i sammenheng med effekt av seksuelle krenkelser på depressive symptomer.

Resiliens og beskyttende prosesser

Resiliens kan sies å referere til prosesser som fører til at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn eller ungdom har erfaringer som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Det er imidlertid stor variasjon i definisjoner av resiliens, og det eksisterer ikke enighet om nøyaktig hva begrepet refererer til (Kaplan, 1999). For eksempel defineres resiliens som et vellykket utfall i noen studier og som en årsak til dette utfallet i andre studier. I tillegg varierer definisjoner med forskjellige

tilpasningsområder og utfallsfokus. Et ”resilient” utfall kan således være både fravær av psykopatologi eller nærvær av en bestemt kompetanse.

Den varierte bruken av resiliensbegrepet i empirisk forskning har medført påstander om at begrepet er for lite presist til å ha vitenskapelig nytteverdi (Kaplan, 1999; Kaplan, 2006). Det har også vært anført at begrepet er selvforklarende og dermed overflødig. En grundig redegjørelse for denne debatten ligger utenfor den foreliggende oppgavens rammer (for nærmere redegjørelse, se for eksempel Luthar et al. 2000; Kaplan, 1999; Kaplan, 2006). Noen presiseringer er likevel klargjørende for bruken av begrepet i foreliggende studie.

I samsvar med en forståelse av resiliens som en prosess og ikke et utfall, definerer Hjemdal et al (2006) resiliens som de beskyttelsesfaktorer, prosesser og mekanismer som bidrar til et godt utfall, på tross av erfaringer med stressorer som er kjent for å innebære betydelig risiko for å utvikle psykopatologi. I det følgende vil denne definisjonen benyttes. Dette innebærer at resiliensbegrepet ikke er selvforklarende. Derimot må det brukes sammen med konkrete antagelser om psykologiske prosesser og faktorer som er involvert i det enkelte tilpasningsområde for å unngå at begrepet blir en tautologisk overflødighet (Glantz & Sloboda, 1999).

Her undersøkes resiliens og beskyttende faktorer med utgangspunkt i personlig opplevelse, i motsetning til indirekte markører som sosiøkonomisk status, foreldres sivilstand og utdanning. Dette er i tråd med anbefalinger fra Luthar & Cushing (1999), som hevder at en nærmere forståelse av de underliggende psykologiske prosessene nødvendiggjør måling av psykologiske fenomener.

I denne studien omfatter resiliens både individuelle og kontekstuelle beskyttelsesfaktorer og transaksjoner mellom disse. Den lange rekken av beskyttelsesfaktorer som blir nevnt i litteraturen er i samsvar med dette gruppert på tre ulike nivåer av individ og kontekst. Disse er: a) Personlighetskarakteristika (for eksempel positiv selvtilit, gode sosiale ferdigheter og autonomi) b), familiekarakteristika (for eksempel støtte og et harmonisk hjemmemiljø) og c) eksterne støttespillere som styrker barnets egen håndteringsevne (Garmezy og Masten, 1985, refert i Luthar et al. 2000). Tilstedeværelsen av én eller flere av disse beskyttende faktorene er blitt assosiert med bedre utfall for ungdommer i en mange ulike risikosituasjoner. (Masten, Coatsworth, 1998; Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shaerer, Maughan, 2007)

Nøyaktig *hvilke* prosesser og faktorer som fremmer tilpasning, og hvordan, antas imidlertid å ha en høy grad av kontekstuell spesifisitet. Dette er fordi det er den unike

kombinasjonen av risiko- og beskyttelsesfaktorer som påvirker individets tilpasning, og effekten av en stressor er avhengig de andre faktorene (Sroufe, 1997).

I flere studier av resiliens er imidlertid risiko definert kumulativt, slik at informantene har vært eksponert for en rekke forskjellige negative livshendelser og stressorer. Dette medfører at sammenhengen mellom den enkelte påkjenning og resiliensfaktorer kan bli uklar. Å undersøke aspekter ved resiliens i forhold til en definert risiko kan gi mer spesifikk informasjon om hvordan beskyttelse virker for hvem og under hvilke forhold (Masten, 1999)

Dette er en viktig begrunnelse for å undersøke personlige og kontekstuelle resiliensfaktorer i et utvalg hvor risiko for depressiv symptomatologi er basert på eksponering for seksuelle krenkelser og ikke andre risikofaktorer i tillegg. I dette utvalget er risiko for depressive symptomer etablert, men det er likevel mange uklarheter knyttet til varierende utfall. Å undersøke faktorer knyttet til både den sosial konteksten og det enkelte individ i denne gruppen er viktig. Det kan gi spesifikk informasjon om hvilke resiliensfaktorer som virker for hvem og under hvilke forhold. Det er for eksempel ikke klart om beskyttelsesfaktorer har en direkte, medierende eller modererende effekt på risiko for depressive symptomer blant ungdom utsatt for seksuelle krenkelser.

Resiliensfaktorene som undersøkes i denne studien er valgt ut med utgangspunkt i den betydningen disse faktorene har hatt i tidligere empiri, eller fordi de på et teoretisk grunnlag er en antatt å være betydningsfulle. Dette er: 1) familiesamhold 2) sosial støtte 3) sosial kompetanse 4) personlig kompetanse. Variablene representerer både intrapersonlige og kontekstuelle forhold. I det følgende presenteres aktuell forskning i tilknytning til disse resiliensfaktorene.

Familiesamhold

Familiesamhold (cohesion) kan defineres som familiemedlemmers opplevelse av emosjonell støtte og i hvilken grad de kjenner tilhørighet og tilknytning til familien og dens verdier (Turnbull & Turnbull, 1997 referert i Goldstein & Brooks, 2006:167). Mye av forskningen på resiliens i familier har fokusert på familiesamhold og affektiv tilknytning.

Det er flere indikasjoner på at familiemiljø har betydelig påvirkning på tilpasningsevne og eventuelle depressive symptomer blant barn og ungdommer utsatt for seksuelle overgrep.

Funn fra behandlingsstudier av barn opp til fjorten år indikerer at familiefaktorer er knyttet til senere fungering. Her var henholdsvis foreldres støtte (Cohen & Mannarino, 2000)

og familiefungering (Conte & Schuerman, 1987) blant de viktigste prediktorene for blant annet depressive symptomer etter behandling.

For seksuelt misbrukte jenter i tenårene var også foreldrestøtte og emosjonell varme knyttet til mindre depressive symptomer (Spacarelli & Kim, 1995). Disse studiene peker i retning av at nærvær av støtte fra foreldre og familie kan påvirke effekten av seksuelle overgrep på depressive symptomer blant barn og ungdommer kort tid etter overgrepene har funnet sted.

De fleste studier av relasjoner mellom seksuelle overgrep, familiemiljø og depressive symptomer er imidlertid utført med voksne kvinner som har opplevd seksuelle overgrep som barn eller ungdommer (Mullen et al, 1996; Flemming et al. 1999; Fassler et al., 2005). Disse studiene indikerer at kvinner som rapporterer om et familiemiljø preget av konflikt i barndommen i høyere grad opplever psykiske problemer og depressive symptomer som voksne enn kvinner som i mindre grad rapporterer om dette. Disse funnene antyder at et familiemiljø som i liten grad var preget av samhold og emosjonell støtte kan ha bidratt til risiko for depressive symptomer i voksen alder. Motsatt var familiekohesjon konsistent forbundet med mindre depressive symptomer som voksen i en studie (Fassler et al., 2005). I denne studien predikerte ikke lenger seksuelle overgrep depressive symptomer når familiemiljø ble inkludert i regresjonsmodellen. Dette kan tyde på at seksuelle overgrep ikke nødvendigvis må føre til depressive symptomer dersom negative forhold i familien er fraværende.

Andre studier finner imidlertid at forbindelsen mellom depressive symptomer og eksponering for seksuelle overgrep som barn og ungdom fortsatt er til stede når det kontrolleres for familiemiljø (Flemming et al. 1999; Merrill, 2001). I en studie av voksne kvinner ble assosiasjonen mellom seksuelle overgrep og helseplager delvis forklart av familiefaktorer, men overgrep hadde en effekt på helse uavhengig av dette. Denne risikoen var størst risiko ved overgrep som involverte samleie (Flemming et al., 1999). Videre fant Merrill et al. (2001), i en studie som inkluderte begge kjønn, at både seksuelle overgrep og familiestøtte predikerte depressive symptomer. Her var seksuelle overgrep den sterkeste prediktoren, og familiestøtte ble ikke funnet å moderere effektene. Også i denne studien var det indikasjoner på at alvorlige overgrep i form av samleie var forbundet med økte symptomer. Disse funnene står i motsetning til antagelser om at forbindelsen mellom seksuelle overgrep og depressive symptomer kan forklares med tredjevariabler som familiemiljø (Rind et al, 1998).

I sum peker alle de gjennomgåtte studiene i retning av at et familiemiljø preget av konflikt, lite emosjonell varme og ustabilitet er forbundet med en større grad av depressive symptomer, og at familiesamhold og støtte predikerer en mindre grad av depressive symptomer ved seksuelle overgrep. Det er likevel uklart hvor stor rolle familiemiljø, foreldrestøtte og samhold spiller og om disse familieforholdene har en direkte eller modererende effekt.

Videre er det uklart hvor stor den skadelige effekten er, og om den kan henge sammen med alvorlighetsgrad ved overgrepene som er undersøkt (Flemming et al, 1999; Merrill et al. 2001). Det er også uklart om effekter av familiemiljø er forskjellige for kjønnene, ettersom de fleste studiene hadde kvinnelige informanter. Samlet sett tydeliggjør de overnevnte resultatene at det knytter seg flere uavklarte spørsmål til hvordan nærvær av familiesamhold er assosiert med grad av symptomer for seksuelt krenkede ungdommer i slutten av tenårene (Spacarelli & Kim, 1995).

Sosial støtte

En mye brukt definisjon av sosial støtte beskriver dette som ”information from others that one is loved and cared for, esteemed and valued, and part of a network of communication” (Cobb, 1976: 310). Som regel brukes begrepet om emosjonell støtte, i form av å ha noen å snakke med, omsorg, aksept og empati. Det kan også referere til instrumentell støtte (VandenBos, 2007).

Familie og venner vil ofte være de viktigste kildene til å dekke behovet for sosial støtte og anerkjennelse blant ungdom. En rekke studier som undersøker emosjonell sosial støtte i forbindelse med seksuelle krenkelser har da også gjort dette i form av familiestøtte, ettersom sosial støtte inngår som et sentralt aspekt ved familiens samhold og miljø (se Familiesamhold). Et eget mål på sosial støtte utover familien kan imidlertid si noe om den generelle opplevelsen av sosiale støttesystemer og betydningen av disse ressursene. Derfor refereres i det følgende noen studier som har sett på generell sosial støtte, selv noen av disse studiene tar for seg negative livshendelser og ikke seksuelle krenkelser spesielt.

Sosial støtte har blitt assosiert med mindre internaliserende (Bal, Crombez, Van Oost & Debourdeaudhuij, 2003) og depressive symptomer for både gutter og jenter i tenårene (Schraedley et al, 1999). Denne effekten har også blitt funnet i forbindelse med negative og stressende livshendelser (Bal et al, 2003).

I en longitudinell studie av forbindelsen mellom negative livshendelser og sosial støtte ble det funnet at sosial støtte reduserte effekten av negative livshendelser på psykiske problemer for ungdommer (Ystgaard, Tambs & Dalgard, 1994). Her hadde sosial støtte en hovedeffekt på psykologisk ubehag for jentene. For guttene varierte effekten av livsstress med grad av støtte fra jevnaldrende og fra familie, slik at effekten av negative livshendelser var sterkere ved lav støtte (Ystgaard et al. 1994).

Dette resultatet indikerer at sosial støtte er av betydning for både gutter og jenter i tenårene, og at sosial støtte modererer negative effekter for gutter. Imidlertid brukte denne studien psykologisk ubehag som mål på utfall og ikke depressive symptomer. I forbindelse med depressive symptomer har det ellers vært foreslått at sosial tilknytning skal ha større betydning for tenåringsjenter enn for gutter (Cyranowski, Frank, Young & Shear, 2000). I samsvar med dette fant Schraedley et al. (1999) at det ved lite sosial støtte var en sterkere effekt på depressive symptomer for jenter enn for gutter.

I sum tyder disse resultatene på at generell sosial støtte burde være av betydning for sammenhengen mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer. Det er imidlertid gjort få studier som har sett på effekten av generell sosial støtte på depressive symptomer blant seksuelt krenkede ungdommer.

I en studie av voksne kvinner som hadde opplevd seksuelle overgrep som barn eller ungdom ble det funnet at selv blant kvinner som hadde opplevd alvorlige overgrep hadde dette mindre effekt på blant annet depresjon når sosial støtte var tilstedeværende. Disse funnene indikerte at tilstedeværelsen av ressurser hadde større betydning for psykisk helse enn antall/mengde risikofaktorer (Jonzon & Lindblad, 2006).

I en annen studie ble det funnet at sosial støtte medierte hele effekten av seksuelle overgrep som barn på tilpasning hos voksne kvinner (Runtz & Schallow, 1997). Begge disse studiene tyder på at sosial støtte kan ha stor betydning for effekter av seksuelle krenkelser eller overgrep på depressive symptomer. Det er imidlertid uklart hvordan denne effekten virker. Både medierende, direkte og modererende effekter på depressive symptomer har blitt rapportert. Uklarheter i denne forbindelse gjør det interessant å undersøke hvordan opplevelsens av generell sosial støtte er relatert til depressive symptomer for seksuelt krenkede ungdommer.

Personlig kompetanse

En rekke begreper som omhandler personlige ressurser assosiert med håndtering av påkjenninger nevnes i forskningslitteraturen. Flere av disse begrepene; som hardiness, self-efficacy og optimisme har som fellestrekk en form for tiltro til egen evne til å håndtere påkjenninger, selvtillit og forventninger om mestring.

I den foreliggende studien benyttes begrepet personlig kompetanse for å referere til resiliens relatert til slike ressurser hos individet. Dette begrepet er ment å representere aspekter ved selvtillit, self efficacy, håp, optimisme og målbevissthet (Hjemdahl, 2006). Selvtillit refererer til en opplevelse av positiv egenverdi, men omfatter samtidig en realistisk vurdering av selvet (VandenBos, 2007). Self-efficacy innebærer forventninger til at mål kan oppnås selv om hindringer står i veien (Bandura, 1989).

Det er flere studier som finner at selvtillit, kognisjon og attribusjonsstil har betydning for depressive symptomer hos ungdommer (Fine, Haley, Gilbert & Forth, 1993, Garaigordobil Landazabal, 2006). I en longitudinell studie ble det også vist det var en kausal sammenheng mellom selvtillit og depresjon (Steinhausen, Haslimeyer & Winkler Metzke, 2007). Funn som dette indikerer at personlig kompetanse kan være av betydning for depressive symptomer i forbindelse med eksponering for seksuelle overgrep.

I samsvar med en slik antagelse var selvtillit blant de viktigste prediktorene for depressive symptomer blant voksne kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn i en studie (Jonzon & Lindblad, 2003). I en studie av Steel et al. (2007) ble det funnet at de fleste effektene av seksuelle overgrep på depressive symptomer var mediert av attribusjonsstil. Menn og kvinner som rapporterte om seksuelle overgrep som barn eller ungdommer og rapporterte en negativ attribusjonsstil, opplevde en høyere grad av depressive symptomer enn de som ikke klandret seg selv og attribuerte overgrepet til interne, globale og stabile årsaker.

I en annen studie ble personlige ressurser i form av blant annet kontroll funnet å mediere effekten av seksuelle overgrep på senere tilpasning. Kvinner som rapporterte om større opplevelse av kontroll, som evne til å påvirke sin situasjon, hadde færre depressive symptomer enn kvinner med mindre av disse ressursene (Feinauer, Mitchell, Harper & Dane, 1996). Mer opplevelse av kontroll (locus of control) var også assosiert med mindre depressive symptomer i en studie som inkluderte både menn og kvinner som rapporterte seksuelle overgrep som barn og unge (Liem et al., 1997).

Funn som dette tyder på at kognisjon relatert til aspekter ved personlig kompetanse som selvtillit og self-efficacy vil være forbundet med mindre depressive symptomer hos personer som har opplevd seksuelle krenkelser.

Kognisjon rundt opplevd personlig kompetanse kan være spesielt viktig for effekt av overgrep blant ungdommer. Blant seksuelt krenkede barn i ungdomsskolealder er det funnet at symptomene på depresjon i større grad enn blant yngre barn er påvirket av overgrepsrelaterte tanker og attribusjoner. I en behandlingsstudie var det de barna som i størst grad klandret seg selv som opplevde mest depressive symptomer (Cohen & Mannarino, 2000).

I studier som har undersøkt individressurser og resiliens i forbindelse med seksuelle overgrep er det en betydelig andel som undersøker coping, det vil si handlingsstrategier spesifikt knyttet til hvordan overgrep håndteres. Det er imidlertid relativt få studier som har undersøkt hvordan aspekter som representerer det mer generelle begrepet om personlig kompetanse er forbundet med fravær av depressive symptomer for overgrepsutsatte ungdommer. Mangelen på studier som undersøker individressurser i denne formen gjør at dette er en svært aktuell resiliensfaktor å utforske blant ungdom som er utsatt for seksuelle krenkelser.

Sosial kompetanse

Sosial kompetanse kan defineres som ferdigheter eller egenskaper som er nødvendige for å beholde eller skape støttende relasjoner (Mallinckrodt, 2005:359). Mer spesifikt dreier det seg om evne til å ta verbal kontakt med andre på en passende måte, fleksibilitet i sosial samhandling, tiltro til at man kan få nye venner, avslappethet i sosiale situasjoner og prososial stil (Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge & Martinussen (2006:198). Dette er en kompetanse som kan se ut til å minne om en form for sosial self-efficacy (Mallinckrodt, 1992), hvor individets opplevde ferdigheter i forskjellige sosial situasjoner står sentralt.

Det er mulig at sosial kompetanse utgjør en viktig forutsetning for sosial støtte. Dette er fordi slike ferdigheter antas å være av betydning for å utvikle og opprettholde sosiale relasjoner og nettverk og dermed antas å påvirke tilgjengelighet på sosial støtte (Mallinckrodt, 1992). Denne muligheten gjør det interessant å undersøke sosial kompetanse som en egen form for kompetanse, atskilt fra sosial støtte og fra andre former for individressurser.

Det er indikasjoner på at sosial kompetanse kan fungere beskyttende mot psykiske problemer. Mallinckrodt (2005; 1992) fant at sosial kompetanse ble funnet å henholdsvis mediere effekter og forklare variasjon i psykisk ubehag blant unge voksne. I en studie som

prospektivt undersøkte negative livshendelser og resiliens blant voksne hadde også sosial kompetanse effekt på psykisk helse. Her virket sosial kompetanse modererende på psykiske problemer (Hjemdal et al., 2006).

Det å søke sosial støtte kan muligens ansees som et aspekt ved sosial kompetanse. I en studie som undersøkte slike egenskaper blant voksne utsatt for seksuelle overgrep på barn, ble det å søke sosial støtte funnet å ha en medierende funksjon (Steel et al., 2004). Samlet sett antyder disse funnene at sosial kompetanse har en beskyttende funksjon mot psykiske problemer, selv om det ikke er klart hvordan denne funksjonen opererer.

Jeg har ikke funnet studier som spesifikt har undersøkt hvordan sosial kompetanse er assosiert med depressive symptomer blant seksuelt krenkede ungdommer. Muligheten for at dette kan være en viktig ressurs relatert til individet gjør imidlertid dette til en relevant faktor å utforske nærmere.

Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer

Når risikofaktorbegrepet brukes i tverrsnittsdesign som dette, refererer det til kjennetegn eller karakteristika ved seksuelt krenkede ungdommer som er knyttet til et negativt utfall.

Beskyttende faktorer predikerer motsatt en minsket sannsynlighet for et negativt utfall. I tillegg kan risiko og beskyttelsesfaktorer interagere og moderere effekter på en utfallsvariabel (Masten, 1999). De kausale sammenhengene mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer er komplekse, og multiple risiko- og beskyttelsesfaktorer antas å påvirke hverandre gjennom utviklingsforløpet. I denne studien integreres både beskyttende faktorer og risikofaktorer assosiert med depressive symptomer og seksuelt krenkelser i en univariat modell for øke økologisk validitet.

Ettersom de ulike variablene måles samtidig kan man imidlertid ikke etablere noen retning for eventuelle årsakssammenhenger mellom variablene. Vanligvis benyttes begrepet korrelat om variabler som er assosiert med hverandre, eller om variabler som differensierer mellom ulike grupper i utvalget i et tverrsnittsdesign. I min studie benytter jeg derfor begrepene risiko- og beskyttelsesfaktor i betydning av korrelater som angitt over.

Oppsummering og forskningsproblem

Hoveddelen av forskningen på seksuelle overgrep mot barn og unge de siste to tiårene peker i retning av at seksuelle krenkelser bidrar til økt risiko for depressive symptomer. Samtidig

rapporteres det at effektene av seksuelle overgrep og krenkelser på depressive symptomer varierer mellom individer, hvor en betydelig andel personer ikke ser ut til å oppleve depressive symptomer.

Disse funnene har tydeliggjort at sammenhenger mellom seksuelle overgrep eller krenkelser og psykisk helse må sees i et bredt perspektiv, som omfatter både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer ved individ og kontekst, samt transaksjoner mellom disse.

Resiliensforskning har identifisert flere beskyttende faktorer som kan være av betydning for depressiv symptomatologi ved eksponering for seksuelle krenkelser, med familiemiljø som den antatt mest betydningsfulle faktoren. Forhold som konflikt i familien eller grad av sosial støtte fra familien er funnet å predikere depressive symptomer hos voksne som har blitt eksponert for seksuelle krenkelser som barn. I tillegg indikerer flere studier at generell sosial støtte og individuelle ressurser relatert til personlig og sosial kompetanse kan være av betydning for depressive symptomer.

Det er imidlertid en begrensning ved tidligere forskning at de fleste studiene har vært basert på voksne informanter, og hovedsakelig kvinner. Langt færre studier har undersøkt resiliens og seksuelle krenkelser i utvalg av ungdommer og mannlige informanter. At studiene benytter voksne informanter øker sjansen for feilrapportering fordi hendelsene ligger langt tilbake i tid, og sjansen for glemsel eller spuriøse sammenhenger antas å øke. I et utvalg av ungdommer vil det være kortere tidsrom siden hendelsene fant sted, noe som kan redusere slike effekter. I tillegg er det viktig i seg selv å få økt kunnskap om hvordan sammenhenger mellom resiliens, seksuelle krenkelser og depressive symptomer arter seg for ungdom. Det er for eksempel uklart om resiliensfaktorer har de samme effektene på depressive symptomer for gutter og jenter som har blitt utsatt for seksuelle krenkelser.

I sum utgjør dette forhold som gjør det interessant å undersøke resiliensfaktorer blant ungdommer, og i begge kjønn. Å undersøke de overnevnte sammenhengene kan dessuten gi viktig informasjon om typiske sammenhenger blant seksuelt krenkede ungdommer i et ikke-klinisk utvalg.

Ut fra tidligere forskning er det uklart om seksuelle krenkelser vil ha en effekt på depressive symptomer når det kontrolleres for resiliensfaktorer. Det er også gjort inkonsistente funn med hensyn til om seksuelle krenkelser bidrar til depressive symptomer bare ved bestemte nivåer av beskyttelse og risiko, slik at for eksempel seksuelle krenkelser er sterkere forbundet med depressive symptomer ved lavere grad av resiliens. De fleste studier som har undersøkt potensielle beskyttelsesfaktorer og risiko har undersøkt om disse har en

hovedeffekt (Spacarelli & Kim, 1995; Conte & Schuerman, 1987), og få studier har undersøkt om beskyttelsesfaktorer har en medierende eller modererende effekt på psykiske problemer.

Ettersom individuelle forskjeller i resiliens er blitt hevdet å forklare variasjon i psykiske problemer forbundet med seksuelle krenkelser er det viktig å undersøke interaksjonseffekter. Det kunne også vært ønskelig å undersøke om resiliens medierer effekter av seksuelle krenkelser på depressive symptomer. Siden medieringsmodeller i denne sammenhengen er kausale modeller (Baron & Kenny, 1986), vil imidlertid ikke mitt tversnittsdesign være optimalt for testing av medierende faktorer.

Jeg har valgt å undersøke fire områder som dekker ressurser ved individ og individets kontekst, og som kan samles under resiliensbegrepet. Disse er familiesamhold, sosial støtte, sosial kompetanse og personlig kompetanse. Utvalget er foretatt ut fra empiri og teori indikerer at dette er viktige ressursområder for personer som opplever negative livshendelser og langvarige påkjenninger.

Forskningsproblemene i denne studien er:

1. Er det en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for tilstedeværelse av resiliensfaktorer?
2. Vil relasjonene mellom krenkelser og depressive symptomer være avhengig av grad av resiliens?

METODE

Utvalg

Denne studien er basert på datamateriale som er stilt til rådighet fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Data er hentet fra Longitudinell ungdomsundersøkelse av vold og overgrep (LUVO) og er anonymisert. Alle nødvendige tillatelser og konsesjoner er innhentet.

LUVO-studien er en undersøkelse av forekomst av vold og overgrep blant barn og ungdommer. Grunnlaget for undersøkelsen er et landsrepresentativt utvalg av 3. klassetrinn på videregående skole, trukket ut med mål om å inkludere 10 000 ungdommer.

Utvalgstrekkingen ble foretatt av statistisk sentralbyrå (SSB) etter samme mønster som Ung i Norge-undersøkelsene (Rossow & Bø, 2003). Dette innebærer en inndeling for uttrekning etter region og skoletype, og ga 15 strata for uttrekning av klassetrinn. Ettersom trekkesannsynligheten var proporsjonal med trinnets størrelse innebar dette at store trinn hadde større sannsynlighet for utvelgelse enn mindre trinn innen hvert stratum. Et ideelt utvalg basert på antall klassetrinn og elever ble beregnet for hvert stratum. Avviket fra det ideelle utvalget ville ha betydning for utvalgets representativitet. Beregninger viste imidlertid at dette avviket var lite i alle strata (Mossige & Stefansen, 2007).

Formålet med undersøkelsen var å kartlegge omfanget av vold og overgrep, risikofaktorer og risiko for mulige konsekvenser som knytter seg til krenkelsene som kartlegges. Begrunnelsen for å velge avgangselever knytter seg særlig til de sensitive temaene som kartlegges, samt at informanter som er over 18 år kan samtykke til deltakelse selv, noe som er vesentlig i forhold til temaene som inngår. Dette har imidlertid som omkostning at ungdommer som faller fra i løpet av videregående skole ikke er inkludert, noe som påvirker representativiteten ved utvalget. En konsekvens er at utvalget er bedre fungerende og mindre problembelastet enn det ellers ville vært, ettersom det er en opphopning av problemer blant ungdommer som faller ut av videregående skole (Kristofersen & Clausen, 2008). I tillegg er det særlig frafall av gutter på yrkesfaglig studieretning grunnet praksis. Selv om frafallet på ulike nivåer er begrenset, medfører disse forholdene begrensninger i utvalgets representativitet.

Totalutvalg og underutvalg

Svarprosenten for hele utvalget som deltok i LUVO var 77 %. Dette resulterte i et nettoutvalg på 7033 ungdommer fra 67 videregående skoler rundt om i landet. Utvalget bestod av 2886 gutter, 4071 jenter og 76 personer som ikke oppga kjønn. For min studie har jeg skilt ut de 1562 informantene som rapporterte om minst en form for uønsket seksuell hendelse fra de var 13 år og frem til de deltok i undersøkelsen. Av disse ble ni personer utelukket fra videre analyser fordi de ikke hadde oppgitt kjønn. Mitt utvalg bestod dermed av 1197 jenter og 356 gutter, til sammen 1553 personer. Gjennomsnittsalderen var 18.43 år for jentene (SD 0.77) og 18.47 år for guttene (SD 0.79; $t(1546)$, $p = .366$). Det var altså ingen signifikante kjønnsforskjeller i alder. Ettersom flere studier indikerer at det kan være betydelige kjønnsforskjeller i hvordan depresjon og seksuelle krenkelser arter seg for gutter og jenter ble det kjørt separate analyser for hvert kjønn. Kjønnsforskjeller per sé er ikke et hovedfokus i

studien, men ettersom kjønn kan utgjøre en relevant subgruppeeffekt bør kjønn trekkes inn i analysen.

Prosedyre

Skolene som var trukket ut ble informert om undersøkelsen og den praktiske gjennomføringen. I forkant av utfyllingen av selve spørreskjemaet mottok elevene en informasjonsbrosjyre om undersøkelsen og hvordan de kunne reservere seg mot å delta. Alle elevene fylte ut spørreskjemaet i løpet av to skoletimer på skolen, og la skjemaet i en forhåndsutdelt konvolutt som de selv limte igjen. Fraværende elever fikk tilbud om å fylle ut undersøkelsen på et senere tidspunkt. Ettersom det å delta i en undersøkelse som omhandler volds- og overgrepserfaringer kan vekke ubehag og vonde minner, ble det gitt skriftlig informasjon om flere instanser hvor elever som hadde behov for å snakke med noen kunne henvende seg.

Måleinstrumenter

Depressive symptomer – operasjonelle definisjoner

Ungdommens depressive symptomer ble målt ved å benytte ledd fra Hopkins Symptom Checklist (HSCL) (Derogatis, Uhlenhuth & Covi, 1974). HSCL er et selvadministrert spørreskjema som er designet for å identifisere symptom mønstre langs flere dimensjoner, deriblant depresjon og angst (Derogatis et al, 1974, VandenBos, 2007). Vurderingen var begrenset til om man hadde vært plaget i løpet av siste uke, og svaralternativene var angitt på en skala fra 1 (ikke plaget i det hele tatt) til 4 (Veldig mye plaget). HSCL er utviklet i USA og oversatt til norsk.

I LUVVO-spørreskjemaet var 13 ledd opprinnelig inkludert (Vedlegg 1). Det ble foretatt en innholdsanalyse som indikerte at de fleste leddene representerte depressive symptomer som nedstemthet, søvnproblemer, håpløshet og bekymring, i tillegg til to ledd som syntes å være relatert til nervøsitet og engstelse (DSM-IV-TR, 2000, ICD-10, 1993). Faktoranalyse ble benyttet for å undersøke om disse leddene utgjorde én faktor relatert til depresjon og finne en god operasjonell definisjon av depressive symptomer.

I faktoranalysen for jentene ga Scree testen støtte til en sterk faktor og en mulig andre faktor (vedlegg 2). To faktorer ble trukket ut, hvor ti av leddene ladet på en depressivitetsfaktor, de to leddene hsc11 og hsc12 (plutselig redd/stadig enstelig) ladet på

faktor relatert til angst, og et ledd, hsc14 (nervøsitet/indre uro), ladet nesten likt på begge faktorene, noe som indikerer multidimensjonalitet (Vedlegg 3). En ny faktoranalyse ble kjørt uten de tre nevnte leddene. Scree testen støttet da eksistensen av én faktor (Vedlegg 4) og faktormatrisen viste jevne faktorladninger (Vedlegg 5). Det ble derfor besluttet å ta de tre leddene ut av skalaen, og beholde 10 av leddene som en indikator på depressive symptomer. Skalaen viste god indre konsistensreliabilitet uten disse tre leddene (Cronbachs alfa = .89).

Scree testen i guttenes faktoranalyse ga støtte til en faktor, og en mulig andre og tredje faktor (Vedlegg 6). På bakgrunn av den innledende innholdsanalysen og Scree testen ble det trukket ut to faktorer. Faktormatrisen indikerte at hsc16 til hsc112 ladet på en faktor relatert til depresjon, hsc11 og hsc12 ladet på en faktor relatert til angst, og hsc13/4/5 og 13 fremsto som multidimensjonale, ettersom de ladet jevnt på begge faktorene (Vedlegg 7). Det ble kjørt en ny faktoranalyse uten de fire multidimensjonale og to angstrelaterte leddene. Scree testen støttet da eksistensen av en faktor (Vedlegg 8) med jevne faktorladninger (Vedlegg 9) og det ble besluttet å beholde disse syv leddene som indikator på depressiv symptomatologi. Skalaen viste god indre konsistensreliabilitet (Cronbachs alfa = .88).

Dette innebærer imidlertid at depresjonsmålet er litt forskjellig hos guttene og jentene, selv om det i hovedsak antas å representere samme begrep. Slike mindre empiriske forskjeller mellom kjønnene er relativt vanlige, og vil sannsynligvis indikere at depresjonsfaktoren kan manifestere seg noe ulikt avhengig av kjønn (Hankin & Abramson, 2001; Hagtvet & Sipos, 2004). Dette kunne vært et problem dersom fokus i studien var kjønnsforskjeller, men ettersom forskjeller mellom kjønnene ikke står i fokus i denne studien, fremstår dette forholdet som mindre sentralt.

Seksuelle krenkelser – operasjonelle definisjoner

Ungdommens erfaring med uønskede seksuelle hendelser fra de var 13 år og frem til tidspunktet hvor de deltar ble målt ved å benytte i alt 11 ledd som beskrev konkrete seksuelle hendelser (Vedlegg 10). Disse spørsmålene er tidligere benyttet i svenske forekomststudier av seksuell overgrep (Edgardh & Ormstad, 2000). I forkant av spørreundersøkelsen ble det utført en pilotundersøkelse for å sikre at spørsmålene fungerte etter intensjonen (Mossige & Stefansen, 2007).

Teksten som introduserer teamet i spørreskjemaet poengterer at denne delen handler om uønskede seksuelle hendelser. Deretter spørres det med uthevet skrift om du har ”vært utsatt for noe av det følgende mot din vilje”. Leddene som følger beskriver hendelser som

varierer fra blotting, beføling og onanering til oralsex, analsex, samleie, voldtekt og voldtektsforsøk. Svaralternativene ble angitt som nei, ja og antall ganger. Dette åpnet i utgangspunktet for et kontinuerlig mål på eksponering for uønskede seksuelle krenkelser, men det sistnevnte svaralternativet hadde gjennomgående høyt frafall (antall ganger). Det ble derfor besluttet utelukkende å bruke de dikotome leddene 0 (nei) og 1 (ja).

I tidligere forskning er det som tidligere nevnt indikasjoner på at seksuelle krenkelser eller overgrep kan ansees som kvalitativt forskjellige, basert på en distinksjon mellom inntrekningshendelser og andre hendelser (Bendixen et al., 1994, Fergusson, Horwood & Lynskey, 1999; Flemming et al., 1999.)

Ved analyse av leddene viste det seg at det forelå en mulighet til å operasjonalisere seksuelle krenkelser som to dimensjoner. Dette åpnet for å eksplorere ulike varianter av seksuelle krenkelser i samsvar med den nevnte hypotesen. Dette innebærer en kompleks operasjonalisering av seksuelle krenkelser, hvor det undersøkes om det er kvantitative, men også kvalitative forskjeller mellom disse to formene for seksuelle krenkelser. Grove krenkelser antas å representere en kvalitativt mer alvorlig form for krenkelse, og ikke bare en kvantitativt, i betydningen mer omfattende, krenkende handling.

I samsvar med denne operasjonaliseringen ble leddene gruppert som henholdsvis milde og grove krenkelser etter mønster fra Mossige og Stefansen (2007). Det vil si at blotting, beføling og onanering ble ansett som milde krenkelser, mens hendelser som innebar oralsex, analsex samleie, voldtekt og voldtektsforsøk ble ansett som grove krenkelser.

Et alternativ til denne inndelingen kunne vært å skille mellom ikke-kontakt og kontakt-krenkelser, som er en relativt vanlig differensiering i forskningsfeltet. Dette ville imidlertid ikke differensiert mellom ulike former for beføling og inntrekningsovergrep, og ville hindret den overnevnte eksplorerende operasjonaliseringen.

Leddene ble summert, men det ble ikke kjørt faktoranalyser eller analyser av indre konsistensreliabilitet (Cronbachs alfa). Disse er analyseformer som forutsetter at det psykologiske begrepet som måles er refleksivt, dvs. representerer en latent variabel som manifesterer seg ved hjelp av et sett observerbare indikatorer (Bollen & Lennox, 1991). Et eksempel på dette er en psykisk lidelse som depresjon, som manifesterer seg i symptomer som anses å reflektere lidelsen. Det er ikke opplagt at den samme modellen for relasjonen mellom det latente begrepet og de observerbare indikatorene kan anvendes hva angår forholdet mellom begrepet seksuelle krenkelser og indikatorene representert ved uønskede seksuelle hendelser.

Det fins en rekke eksempler på psykologisk relevante fenomener som ikke meningsfullt lar seg definere som refleksive faktorer, for eksempel politisk vold og stressende livshendelser (Netland, 2007, Bollen & Lennox, 1991, Cohen & Cohen, 1990). Jeg vil hevde at det samme forholdet gjelder uønskede seksuelle hendelser, og at de i den sammenhengen de inngår her er å anse som indikatorer på en formativ faktor (Jarvis, MacKenzie & Podsakoff, 2003; Bollen & Lennox, 1991; Cohen & Cohen, 1990). Dette innebærer at leddene som representerer eksponering for en uønsket seksuell hendelse kan anses som observerbare manifestasjoner som skaper fenomenet uønskede seksuelle krenkelser (Jarvis, MacKenzie & Podsakoff, 2003, Bollen & Lennox, 1991; Cohen & Cohen, 1990). I den formative faktormodellen skaper med andre ord de observerbare indikatorene (uønskede seksuelle hendelser) det latente psykologiske begrepet (seksuell krenkelse).

I tråd med denne operasjonelle definisjonen av formative faktorer ble det laget to summeskårer som representerer henholdsvis milde og grove seksuelle krenkelser. Denne operasjonelle definisjonen av seksuelle krenkelser i form av formative faktorer er støttet av strukturelle likningsmodeller (SEM) av de samme data (Hagtvet, Mossige, Stefansen & Børretzen, 2008, under bearbeiding). Min representasjon har imidlertid basert seg på en summering av leddene. Dette er å betrakte som en approksimering til den formative faktoren. En mer optimal representasjon av den formative faktoren vil innebære en vekting av de formative indikatorene i tillegg til å estimere en residualvarians for det formative begrepet. Dette lar seg gjøre ved hjelp av SEM-analyser, som imidlertid ansees å gå utover metodekravet til hovedoppgaven.

Å velge den konseptuelt mest meningsfulle modellen er av stor betydning for resultatene. I ytterste konsekvens kan feil modell føre til feilestimeringer eller meningsløse resultater (Jarvis, MacKenzie & Podsakoff, 2003).

Resiliensfaktorer – operasjonelle definisjoner

Resiliensfaktorer ble målt med Resilience Scale for Adolescents (READ; Hjemdal, Friborg, Stiles, Martinussen & Rosenvinge, 2006) (Vedlegg 11). Som et av få direkte mål på resiliens hos ungdommer, måler den karakteristika ved både individ og miljø. READ er organisert i fem skalaer med til sammen 28 ledd som måler en rekke påstander om hvordan informanten opplever sosial støtte, familiesamhold, personlig kompetanse og sosial kompetanse. Svaralternativene ble angitt fra 1 (Helt enig) til 5 (helt uenig). Alle leddene ble orientert slik at

høyere skåre indikerer mer familiekohesjon, sosial støtte osv. Her gir det mening å anta at skalaen måler refleksive faktorer (se redegjørelsen over).

Skalaen er utviklet i Norge, med utgangspunkt i en norsk normalpopulasjon. Foreløpige undersøkelser av READs skalaer har gitt innledende støtte til validitet (Hjemdal, Friborg, Stiles, Martinussen & Rosenvinge, 2006; Hjemdal, Aune Reinfjell & Stiles 2007). Det ble utført separate faktoranalyser av skalaen for gutter og jenter for å undersøke faktorstrukturen i mitt utvalg.

I faktoranalysen for jentene ga Scree-testen støtte til fire faktorer (Vedlegg 12). Disse faktorene lot seg tolke som familiesamhold, sosial støtte, sosial kompetanse og personlig kompetanse/personlig struktur. Den ene faktoren var en kombinasjon av to forhold som i utgangspunktet har blitt konseptualisert som to faktorer relatert til personlig kompetanse og personlig struktur. Etter en innholdsanalyse ble dette vurdert som én konseptuelt meningsfull faktor. Et av leddene (read9) ladet imidlertid nesten likt på to faktorer (Vedlegg 13), noe som indikerer multidimensjonalitet. En ny faktoranalyse ble kjørt uten dette leddet, og Scree-testen støttet da fortsatt eksistensen av fire faktorer (Vedlegg 14). Faktormatrisen viste jevne faktorladninger for hver faktor (Vedlegg 15), og det ble derfor besluttet å beholde 27 av leddene fordelt på fire resiliensfaktorer. Skalaene viste god indre konsistensreliabilitet (Cronbachs alfa = .91 (Familiesamhold), = .82 (Sosial kompetanse), = .80 (Sosial støtte) og = .87 (Personlig kompetanse og struktur).

Scree-testen i guttenes faktoranalyse ga støtte til at det kunne være både tre og fire faktorer (Vedlegg 16). To av faktorene var konseptuelt ekvivalente i begge løsningene. Disse var sosial kompetanse og en faktor som målte en kombinasjon av familiesamhold og sosial støtte. Den sistnevnte faktoren var en bredere indikator på familiesamhold og sosiale ressurser enn i jentenes faktorløsning, hvor disse leddene utgjorde to faktorer. Etter en innholdsanalyse ble det vurdert at den bredere faktoren også fremsto som meningsfull.

En visuell inspeksjon av firefaktorløsningen indikerte imidlertid at de to andre faktorene utgjorde en blanding av ledd som målte personlig kompetanse og personlig struktur. I trefaktorløsningen utgjorde disse leddene en samlet faktor. Etter en innholdsanalyse av de to faktorløsningene ble det vurdert at trefaktorløsningen hadde mest støtte både konseptuelt og strukturelt, med seks multidimensjonale ledd i firefaktorstrukturen (read9/17/20/25/27/28) (Vedlegg17), mot bare et problematisk ledd i trefaktorstrukturen (read17) (Vedlegg18). Det ble derfor besluttet å beholde trefaktorløsningen, men å utelate et ledd (read17). Scree-testen indikerte som tidligere en trefaktorløsning (vedlegg19). Faktormatrisen viste jevne faktorladninger for hver av faktorene (Vedlegg 20). Skalaene viste god indre

konsistensreliabilitet (Cronbachs alfa = .84 (Personlig kompetanse og struktur), = .91 (Sosial støtte og Familiesamhold), = .82 (Sosial kompetanse).

Resultatene over kan innebære at resiliensfaktorene er litt forskjellige for guttene og jentene. I tillegg til at henholdsvis read17 for guttene og read9 for jentene ble tatt ut, var det et ledd (read25) som plasserte seg ulikt for guttene og jentene. Som nevnt i forbindelse med depresjonsinstrumentene kan dette indikere at resiliens manifesterer seg noe ulikt for gutter og jenter. I all hovedsak har faktorene likevel ekvivalent innhold.

Modell og strategi for analyse av problemstillingene

For å svare på problemstillingene (s.24) har jeg valgt å bruke en hierarkisk univariat multipel regresjonsanalyse. Ved å gjøre analysen hierarkisk kan jeg analysere hver enkelt variabels unike bidrag til utfall, kontrollert for de foregående variablene, samt undersøke både hovedeffekter og interaksjonseffekter i den hierarkiske analysen (Cohen, Cohen, West & Aitken, 2003).

De stegvise univariate multiple lineære regresjonsanalysene ble gjennomført separat for hvert kjønn og for hver resiliensfaktor. Dette ga fire regresjonsanalyser for jentene og tre regresjonsanalyser for guttene.

For å undersøke hvorvidt det var interaksjonseffekter mellom grad av krenkelse og resiliens som påvirket utfall, ble det konstruert produktledd (Produktvariabel; krenkelse * resiliensfaktor) mellom hver av de to krenkelsesvariablene og den enkelte resiliensvariabelen på symptomskalaen for depresjon i hver regresjonsanalyse (Baron & Kenny, 1986; Cohen et al, 2003). Interaksjon indikeres av et signifikant produktledd mellom den uavhengige variabelen (Seksuelle krenkelser) og moderatoren (Resiliensfaktoren). Dette innebærer at relasjonen mellom to variabler endrer seg avhengig av ulike nivåer på den tredje variabelen. Produktleddene inkluderer interaksjonsparameterne, som estimeres ved at de relevante hovedeffektene partialiseres ut.

I sum ga dette en analysestrategi hvor jeg testet produktvariablene kontrollert for hovedeffektene i følgende hierarkiske multiple regresjonsmodell for depressive symptomer:

$$y' = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_1*x_2 + b_5x_1*x_3$$

I denne modellen representerer x_1 den spesifikke resiliensfaktoren, x_2 representerer milde krenkelser og x_3 representerer grove krenkelser. Variablene ble lagt inn i regresjonen i

følgende hierarkisk rekkefølge: Resiliensfaktor, milde krenkelser, grove krenkelser, et produktledd med henholdsvis milde krenkelser * resiliensfaktoren og grove krenkelser * resiliensfaktoren, og i siste steg begge produktleddene i samme modell. Dette resulterer i følgende seks modeller:

Tabell 1 modeller for hierarkisk regresjonsanalyse

Modell 1	$y' = a + b_1x_1$				
Modell 2	$y' = a + b_1x_1$	$+ b_2x_2$			
Modell 3	$y' = a + b_1x_1$	$+ b_2x_2$	$+ b_3x_3$		
Modell 4	$y' = a + b_1x_1$	$+ b_2x_2$	$+ b_3x_3$	$+ b_4x_1 * x_2$	
Modell 5	$y' = a + b_1x_1$	$+ b_2x_2$	$+ b_3x_3$	$+ b_5x_1 * x_3$	
Modell 6	$y' = a + b_1x_1$	$+ b_2x_2$	$+ b_3x_3$	$+ b_4x_1 * x_2$	$+ b_5x_1 * x_3$

Denne fremgangsmåten gjør det mulig å trekke ut hva den enkelte variabel forklarer av unik varians, gitt den plass den har i den hierarkiske regresjonsmodellen. Rasjonalen for denne rekkefølgen var at dette åpnet for en test av hvorvidt seksuelle krenkelser bidro med noe unikt til depressive symptomer når variansen i tilknytning til resiliensfaktoren ble kontrollert for, og videre en test av hvorvidt grove krenkelser bidro med forklart varians utover milde krenkelser. En slik prosedyre kan bidra til å avklare om de to formene for krenkelser er kvalitativt forskjellige.

Hvis produktvariablenes effekt ble signifikant ville dette indikere statistisk støtte for at effektene av seksuell krenkelse (mild og/grov) er betinget av nivået på resiliensvariabelen. Dersom for eksempel produktleddet $x_1 * x_3$ ble signifikant, ville jeg teste parametrene etter følgende interaksjonsmodell:

$$y' = (a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_4x_1 * x_2) + (b_3 + b_5x_1)x_3$$

$$y' = a' + b'x_3$$

hvor a' er interceptet i den betingede regresjonsmodellen som en funksjon av nivåer på x_1 og x_2 . b' er da den betingede regresjonskoeffisienten som varierer med nivået på x_1 variabelen.

I så tilfelle er ikke hovedeffektene av variablene som inngår i produktleddet tolkbare, men er med i modellen for å definere interaksjonsparametrene. Ved kun signifikante hovedeffekter ville neste skritt bestå av å estimere hovedeffektene av resiliens og krenkelser på depressive symptomer i følgende regresjonsmodell:

$$Y' = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

RESULTATER

Alle statistiske analyser ble utført i SPSS versjon 15.0. Hver av delskalaene ble undersøkt i forhold til normalfordeling for hvert kjønn. Frafallet på depresjonsskalaen var 4 % for jentene og 5,3 % for guttene. På resiliensskalaene var frafallet 2,3 – 5,3 %, for jentene og 4,8 – 6,7 % hos guttene. På krenkelsesskalaene var frafallet 2,8 – 9,6 % for jentene og 5,3 – 9,3 % for guttene. Siden frafallet var relativt lite ble alle analysene estimert med ”listwise deletion”.

Deskriptiv statistikk

Deskriptiv informasjon for variablene er presentert i Tabell 2. Skjevhet og kurtosis lå innenfor akseptable verdier (+/-2) på alle skalaene (Tabell 2), bortsett fra kurtosis på skalaen sosial støtte for jentene, som var noe hevet (3.2). Korrelasjoner mellom alle variablene presenteres i Tabell 3. Av korrelasjonsmatrisen går det frem at det var jevne og generelt sterke korrelasjoner mellom de forskjellige resiliensfaktorene for både gutter og jenter. Videre var alle resiliensfaktorene negativt korrelert med depressive symptomer. For jentene var både milde og grove krenkelser positivt korrelerte med depressive symptomer, men krenkelser var ikke signifikant korrelert med depressive symptomer for guttene.

Tabell 2 Deskriptiv statistikk

Uavhengige variabler

	Jenter							Gutter						
	N	Mean	(SD)	Skewness	Kurtosis	Min	Max	N	Mean	(SD)	Skewness	Kurtosis	Min	Max
<i>Familiesamhold</i>	1148	25.90	(6.21)	-.931	.437	7	35	333	48.87	(8.36)	-1.000	1.243	12	60
<i>Sosial støtte</i>	1134	17.74	(2.87)	-1.703	3.160	4	20							
<i>Sosial kompetanse</i>	1154	19.76	(3.75)	-.785	.519	5	25	339	20.98	(3.52)	-.914	.453	8	25
<i>Personlig kompetanse</i>	1169	38.32	(7.87)	-.358	-.229	12	55	332	38.49	(6.79)	-.520	.002	16	50
<i>Milde krenkelser</i>	1163	1.35	(1.03)	1.258	1.770	0	5	337	1.71	(1.45)	.943	-.056	0	5
<i>Grove krenkelser</i>	1082	1.09	(1.36)	1.288	1.114	0	6	323	1.27	(1.31)	-.771	-.130	0	6

Avhengig variabel

<i>Depressive symptomer</i>	1149	20.65	(6.79)	.528	-.473	10	40	337	12.19	(4.82)	1.135	.982	7	28
-----------------------------	------	-------	--------	------	-------	----	----	-----	-------	--------	-------	------	---	----

Tabell 3 Bivariate korrelasjoner mellom alle variabler

	Jenter						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Familiesamhold		.666**	.490**	.574**	-.020	-.065*	-.410**
2. Sosial støtte			.536**	.542**	-.027	-.070*	-.336**
3. Sosial kompetanse				.581**	.020	.012	-.238**
4. Personlig kompetanse					-.054	-.052	-.511**
5. Milde krenkelser						.398**	.177**
6. Grove krenkelser							.231**
7. Depressive symptomer							

	Gutter					
	1	2	3	4	5	6
1. Familiesamhold og sosial støtte		.643**	.669**	.034	.136*	-.393**
2. Sosial kompetanse			.564**	.082	.065	-.283**
3. Personlig kompetanse				.150*	.252**	-.512**
4. Milde krenkelser					.509**	-.001
5. Grove krenkelser						-.116
6. Depressive symptomer						

N = 959 (Jenter); N = 278 (Gutter); *p < 0.05 **p < 0.01

Analyseresultater

Resultatene av de hierarkiske univariate multiple regresjonsanalyser for henholdsvis jenter og gutter er presentert i tabell 4 og 5. Resultatene presenteres i form av den modellen som representerer det siste signifikante steget i de lineære regresjonsanalysene (Tabell 1).

Tabell 4 Hierarkiske regresjonsanalyser av hovedeffekter og interaksjons-effekter av resiliensfaktorer og krenkelser på depressive symptomer

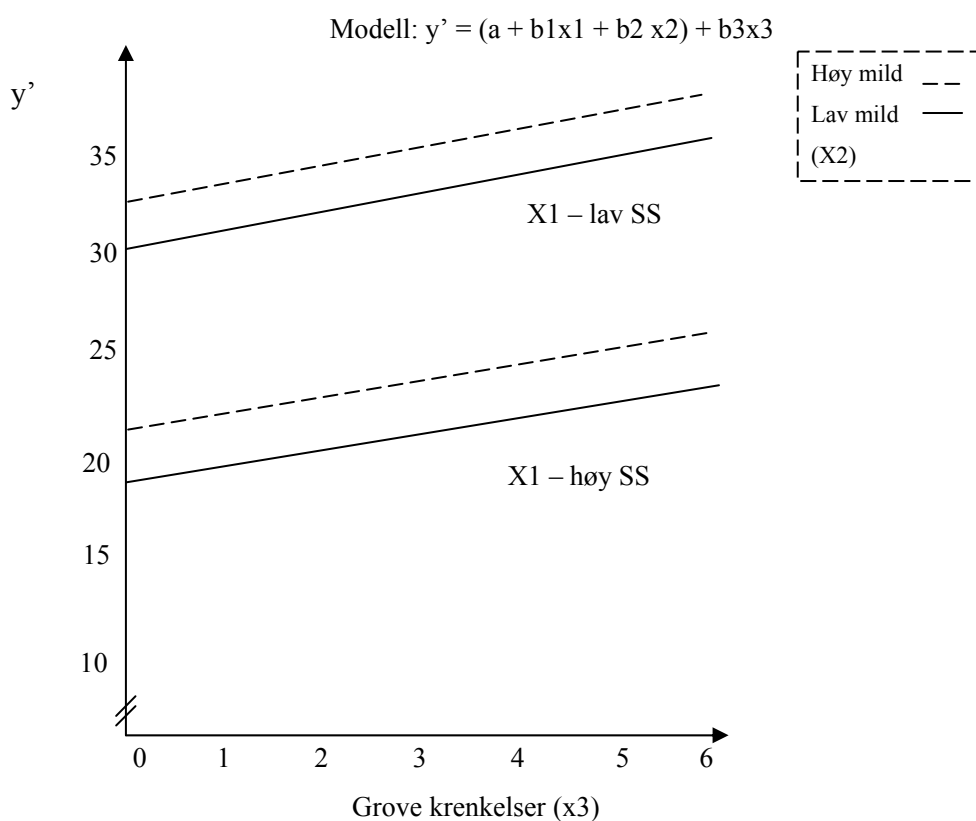
Jenter					
	b	β	t	p	R ²
<i>Familiesamhold</i>					
Modell 3 (N = 1002)					.21
Intercept	30.01		37.70	< .000	
Familiesamhold	-.43	-.39	-14.00	< .000	
Milde krenkelser	.61	.09	3.09	< .002	
Grove krenkelser	.81	.16	5.34	< .000	
<i>Sosial støtte</i>					
Modell 3 (N = 1013)					.16
Intercept	32.50		25.70	< .000	
Sosial støtte	-.77	-.32	-11.27	< .000	
Milde krenkelser	.60	.09	2.96	< .003	
Grove krenkelser	.84	.17	5.40	< .000	
<i>Sosial kompetanse</i>					
Modell 3 (N = 999)					.12
Intercept	27.04		24.80	< .000	
Sosial kompetanse	-.43	-.24	-8.13	< .000	
Milde krenkelser	.71	.11	3.40	< .001	
Grove krenkelser	.90	.18	5.61	< .000	
<i>Personlig kompetanse</i>					
Modell 5 (N = 980)					.31
Intercept	33.88		28.25	< .000	
Personlig kompetanse	-.39	-.45	-12.97	< .000	
Milde krenkelser	.53	.08	2.80	< .005	
Grove krenkelser	2.10	.42	3.43	< .001	
GKXPK	-.03	-.25	-2.06	< .040	

1) Er det en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for resiliens?

I hver av regresjonsanalysene for henholdsvis familiesamhold, sosial støtte, sosial kompetanse og personlig kompetanse var det modell 3 som passet data. Modellene viste at det var signifikante hovedeffekter av resiliensfaktorene, milde og grove krenkelser. Disse effektene gikk i forventet retning. Høyere skåre på resiliensvariabelen ga en reduksjon i depressive symptomer, mens en høyere skåre på milde og grove krenkelser medførte en økning i depressive symptomer (Tabell 4).

Resultatene fra de hierarkiske multiple regresjonsanalysene indikerer at resiliensfaktorene familiesamhold, sosial støtte og sosial kompetanse har en betydelig hovedeffekt på depressiv symptomatologi for jentene. Videre har både milde og grove seksuelle krenkelser en merkbar hovedeffekt på depressive symptomer selv når jeg kontrollerer for resiliens. For å tydeliggjøre disse hovedeffektene er de fremstilt grafisk i Figur 1, eksemplifisert med verdier for sosial støtte.

Figur 1 Hovedeffekt av sosial støtte (SS) og grove krenkelser på depressive symptomer



For guttene viste regresjonsanalysene for henholdsvis familiesamhold/sosial støtte og personlig kompetanse at det var modell 1 som passet data best. Modellene viste at det kun var signifikante hovedeffekter av resiliensfaktorene. Disse effektene gikk i forventet retning. Høyere skåre på resiliensvariabelen ga en reduksjon i depressive symptomer (Tabell 5).

For guttene var det imidlertid en signifikant relasjon mellom grove krenkelser og depressive symptomer i modellen som kontrollerte for sosial kompetanse i modell 3 (Tabell 1). Denne hovedeffekten gikk i en uventet retning. En økning i grove seksuelle krenkelser var forbundet med en nedgang i depressive symptomer. Denne effekten var imidlertid ustabil over ulike modeller og oppnådde kun signifikans når milde seksuelle krenkelser var en del av modellen, selv om effekten av milde krenkelser ikke var signifikant. Resultatet ga heller ikke teoretisk mening. Det ble derfor besluttet å beholde modell 1 som den beste representasjonen av data (Tabell 5).

I samsvar med tabell 3 var det således ingen signifikante relasjoner mellom krenkelser og depressive symptomer kontrollert for resiliens for gutteutvalget. Resultatene fra de hierarkiske multiple regresjonsanalysene indikerer at eksponering for seksuelle krenkelser ikke er relatert til depressive symptomer for guttene, kontrollert for resiliens.

Tabell 5 Hierarkiske regresjonsanalyser av hovedeffekter av resiliensfaktorer og krenkelser på depressive symptomer

Gutter					
	b	β	t	p	r ²
<i>Familiesamhold og sosial støtte</i>					
Modell 2 (N = 289)					.15
Intercept	23.13		15.08	< .000	
FSS	-.22	-.39	-7.16	< .000	
<i>Sosial kompetanse</i>					
Modell 3 (N = 292)					.08
Intercept	20.97		12.41	< .000	
Sosial kompetanse	-.41	-.29	-5.20	< .000	
<i>Personlig kompetanse</i>					
Modell 1 (N = 288)					.25
Intercept	26.02		18.60	< .000	
Personlig kompetanse	-.36	-.51	-9.96	< .000	

2) Er relasjonen avhengig av grad av resiliens?

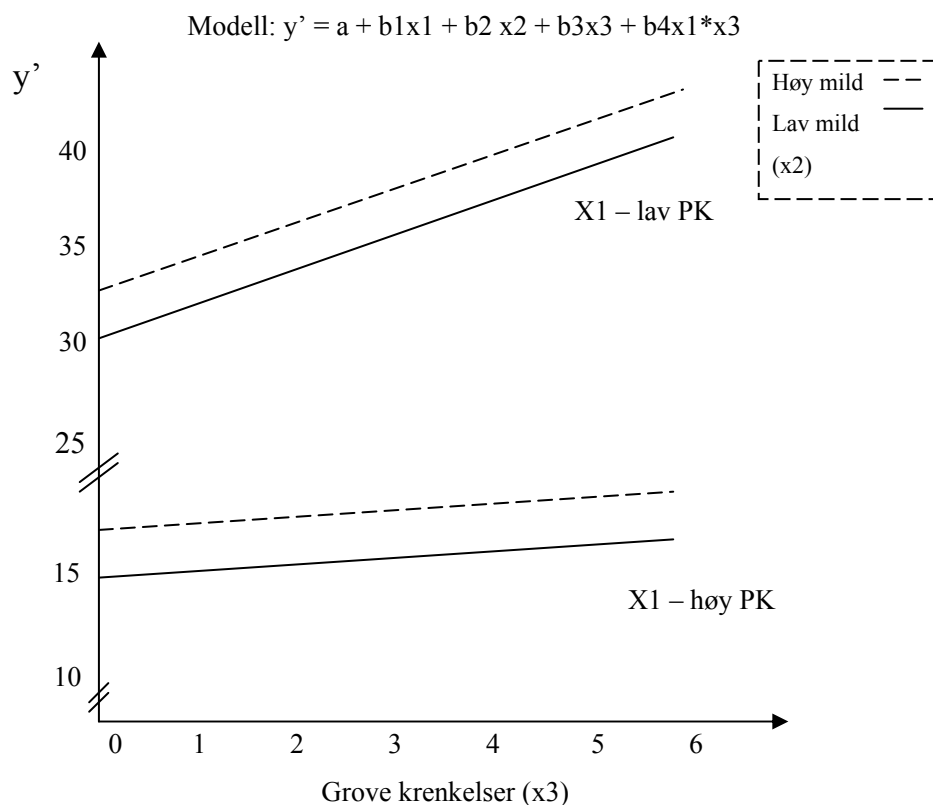
For jentene ble det funnet en signifikant interaksjonseffekt av personlig kompetanse og grove seksuelle krenkelser på depressive symptomer (Tabell 4). Dette innebærer at relasjonen mellom depressive symptomer og grove krenkelser er betinget av nivået på personlig kompetanse. Produktvariabelens effekt ble estimert etter følgende regresjonsmodell:

$$y' = (a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_4x_1 \cdot x_2) + (b_3 + b_5x_1)x_3$$

$$y' = a' + b'x_3$$

hvor a' er interceptet i den betingede regresjonsmodellen som en funksjon av nivåer på x_1 og x_2 . b' er da den betingede regresjonskoeffisienten som varierer med nivået på x_1 variabelen. For å tydeliggjøre hva interaksjonseffekten innebærer er den fremstilt grafisk i Figur 2.

Figur 2 Interaksjonseffekt mellom grove krenkelser og personlig kompetanse (PK) på depressive symptomer



For guttene ble det ikke funnet signifikante interaksjonseffekter mellom noen av resiliensfaktorene og krenkelser på depressive symptomer (Tabell 5). Resultatene fra de hierarkiske multiple regresjonsanalysene pekte i retning av at seksuelle krenkelser ikke var relatert til depressive symptomer for guttene i mitt utvalg, verken i form av hovedeffekter eller interaksjonseffekter.

Modellenes forklaringsstyrke

For jentene forklarer modellene som kontrollerte for henholdsvis familiesamhold, sosial støtte, sosial kompetanse og personlig kompetanse respektivt .21, .16, .12 og .31 av den totale variasjonen i depressive symptomer på de respektive nivåene i den hierarkiske analysen (R^2) (Tabell 4). Disse resultatene indikerer at modellene representerer en betydelig del av variansen i depressive symptomer. Den relative styrken er representert ved de standardiserte beta verdiene (β). Her fremgår det at alle variablene har merkbare unike bidrag til depressive symptomer i hver modell. Grove krenkelser forklarer mer varians enn milde krenkelser i alle modellene, men resiliensfaktorene har konsistent størst effekt.

Samlet sett peker resultatene i retning av at seksuelle krenkelser brakte et konsistent og robust unikt bidrag til depressive symptomer i utvalget av jenter utsatt for seksuelle krenkelser, selv når tilgjengelig resiliens i form av henholdsvis familiesamhold, sosial støtte og sosial kompetanse er kontrollert for. I tilfellet personlig kompetanse var dette bidraget betinget av grad av personlig kompetanse.

For guttene var kun resiliensfaktorene relatert til depressive symptomer. Modellene for henholdsvis familiesamhold/sosial støtte, sosial kompetanse og personlig kompetanse forklarte respektivt .15, .08, og .25 av den totale variasjonen (r^2) (Tabell 5). Resiliensfaktorene hadde en betydelig og konsistent effekt på depressive symptomer for guttene.

DISKUSJON

Formålet med denne studien har vært å undersøke relasjoner mellom depressive symptomer, seksuelle krenkelser og resiliensfaktorer i et utvalg norsk ungdom som har vært utsatt for seksuelle krenkelser. Mer spesifikt har jeg undersøkt om det er en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for potensielle resiliensfaktorer, og hvorvidt

denne relasjonen er betinget av resiliensnivå. Resultatene viste et noe forskjellig bilde for jenter og gutter i min studie.

I det følgende vil jeg diskutere resultatene fra min studie i lys av problemstillingene og temaene som ble presentert innledningsvis, og i forhold til tidligere forskning. Implikasjoner for videre forskning vil bli kommentert der dette er relevant. Til slutt vil jeg diskutere implikasjoner for forebyggende intervensjoner og begrensninger ved studien.

Resultater

Er det en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for resiliens for jenter?

For jenter var både milde og grove seksuelle krenkelser forbundet med en økning i depressive symptomer selv om det ble kontrollert for resiliensnivå. At seksuelle krenkelser bidro til en økning i depressive symptomer var som forventet og er i tråd med en rekke tidligere studier på området. Analysestrategien som ble benyttet her var imidlertid konservativ med tanke på å finne sammenhenger mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer. I modellen ble seksuelle krenkelser estimert etter at en kontrollerte for resiliensfaktorene. At sammenhengen mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer var signifikant også når det ble kontrollert for resiliensfaktorer gir støtte for at dette er en robust sammenheng.

I modellene som kontrollerte for sosial kompetanse, sosial støtte og familiesamhold var det hovedeffekter av seksuelle krenkelser og resiliensfaktorer. Det innebærer at effekten av seksuelle krenkelser på depressive symptomer ikke var avhengig av nivået av familiesamhold, sosial kompetanse eller sosial støtte for jentene. Disse hovedeffektene av familiesamhold, sosial støtte og sosial kompetanse kan skyldes at de i hovedsak representerer forhold som innebærer regelmessig tilgang på positive erfaringer og stabile sosiale nettverk. Dette kan bidra til at personer med mye av disse formene for resiliens generelt har en sterkere opplevelse av tilhørighet, og av å bli likt og verdsatt. Antageligvis har dette en positiv effekt på mental helse uavhengig av om det foreligger negative forhold som seksuelle krenkelser (Feiring et al., 1996).

Er relasjonen mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer avhengig av grad av resiliens for jenter?

I modellen som kontrollerte for personlig kompetanse var det en interaksjonseffekt knyttet til grove krenkelser og personlig kompetanse for jenter, noe som innebærer at relasjonen mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer endret seg som følge av personlig kompetanse. Grove seksuelle krenkelser ga ved lave nivåer av personlig kompetanse mer depressive symptomer enn ved høyere nivåer av personlig kompetanse. Effekten av seksuelle krenkelser på depressive symptomer var altså sterkere for jenter med lavere nivåer, enn for jenter med høyere nivåer av personlig kompetanse (Figur 2).

Dette fremstår som en meningsfull interaksjonseffekt. Resultatene indikerer at en høy grad av resiliens, i form av personlig kompetanse, fungerer som en buffer mot depressive symptomer ved seksuelle krenkelser for jenter.

Hva er det med personlig kompetanse som gjør at effekten av denne resiliensfaktoren fungerer modererende? En mulig forklaring er at denne variabelen måler personlige ressurser som går utover individets sosiale kontekst. Både sosial kompetanse og personlig kompetanse representerer i utgangspunktet individegenskaper, men sosial kompetanse er samtidig nært knyttet til individets sosiale kontekst.

Personlig kompetanse er i likhet med depresjon et intrapersonlig forhold. Dermed kan det være en nærmere forbindelse for den intrapersonlige faktoren personlig kompetanse med depressiv symptomatologi, enn for faktorer knyttet den sosiale konteksten. Videre støtter funn en nær sammenheng mellom selvtillit, attribusjoner og depresjon (Fine, Haley, Gilbert & Forth, 1993; Southall & Roberts, 2002). Personlig kompetanse måler nettopp aspekter ved selvtillit, self-efficacy, håp, målbevisshet, planleggingsferdigheter og å like seg selv (Hjemdal et al. 2006). Funn indikerer at dette utgjør ferdigheter eller egenskaper som er sentrale i håndtering av negative livshendelser (Nezlek, 2001). Kanskje er dette ressurser som er mindre nødvendige, og derfor ikke har noe bidrag til bedre helse under ordinære omstendigheter, men som utløser markert bedre fungering i møte med betydelig stress, i form av en grov seksuell krenkelse (Hjemdal et al., 2006).

Å ha tillit til seg selv og egen mestring kan redusere negative følelser, negative attribusjoner og øke adaptiv tilpasning i etterkant av den seksuell krenkelsen. I sum kan en eller alle disse effektene redusere en depressiv effekt. Motsatt kan det tenkes at lav grad av opplevd personlig kompetanse er et uttrykk for at individet i mindre grad har tro på egne muligheter til å mestre situasjonen, og færre ressurser til å håndtere den effektivt. Dette kan i

sin tur lede til dårligere tilpasning, mer negativ affekt og negativ kognisjon, og økt symptomatologi (Hankin & Abramson, 2001; Feiring et al, 1996).

Med henblikk på om resiliens fungerer kompensatorisk eller modererende på forholdet mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer for jenter er resultatene altså ikke entydige. I sum gir de fleste av mine resultater støtte til en hovedeffektmodell av hvordan resiliensfaktorer påvirker forholdet mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer. I tilfellet personlig kompetanse er imidlertid resultatet forenlig med en modell hvor resiliens fungerer som en buffer mot depressive symptomer.

Det er verdt å merke seg at interaksjonen nettopp oppsto når resiliens var representert ved personlig kompetanse og knyttet til grove seksuelle krenkelser. Dette kan tyde på at intrapsyriske prosesser knyttet til selv-efficacy med mer kan være av spesiell betydning for jenter hvis de eksponeres for de antatt groveste seksuelle krenkelsene.

Unikt bidrag fra grove krenkelser kontrollert for milde krenkelser for jenter

Grove seksuelle krenkelser hadde et unikt bidrag til depressive symptomer kontrollert for milde seksuelle krenkelser for jenter. I tillegg var bidraget fra grove krenkelser konsistent størst av de to krenkelsesformene. Dette resultatet er forenlig med en konseptualisering av milde og grove seksuelle krenkelser som kvalitativt forskjellige, med grove krenkelser som en mer alvorlig form for krenkelse.

Denne kvalitative forskjellen antas å bero på flere forhold som har med handlingenes grad av grenseoverskridelse og integritetskrenkelse å gjøre. Ved milde krenkelser blir den krenkede i de fleste tilfeller eksponert for en annens handlinger i situasjoner hvor kroppskontakten er taktil eller ikke tilstede.

I motsetning til dette innebærer grove krenkelser i hovedsak en kroppslig kontakt basert på inntregning av den krenkedes kropp. Videre er disse handlingene basert på oral, anal og/eller vaginal, i tillegg til taktil kontakt, i situasjoner hvor den krenkede kan sies å *delta* i de krenkede handlingene med mye av kroppen. Et annet trekk ved disse uønskede handlingene er at de er av en art at som involverer press og eventuelt også fysisk makt mot den som krenkes for at de skal la seg gjennomføre. Dette er noen grenseoverskridende aspekter ved grove krenkelser som ikke bare tyder på at de er kvantitativt mer omfattende, men også at de er kvalitativt forskjellige fra milde krenkelser.

I sum indikerer både de uavhengige effektene og den moderate korrelasjonen mellom milde og grove krenkelser (Tabell3) to forskjellige variabler. Interaksjonseffekten som kun

oppsto i forbindelse med grove krenkelser viste dessuten at milde og grove krenkelser opptrer forskjellig. Disse resultatene gir innledende støtte for at grove og milde krenkelser kan være kvalitativt forskjellige former for krenkelser. Det vil være påkrevd med mer forskning for å avklare om dette er en rimelig konseptualisering.

Drøfting og implikasjoner av jentenes resultater

I et utviklingspsykopatologisk perspektiv vektlegges det dynamiske forholdet mellom beskyttelses- og risikofaktorer som avgjørende for psykopatologi. Sammenstillingen av resiliensfaktorer og seksuelle krenkelser i min modell utdyper forståelsen av hvordan risiko i form av seksuelle krenkelser og resiliensfaktorer er relatert til depressive symptomer hos jenter i slutten av tenårene. Resultatene viser at seksuelle krenkelser ga risiko for økning i depressive symptomer og at resiliensfaktorene i hovedsak fungerte kompensatorisk på dette forholdet. Til sammen representerer seksuelle krenkelser og resiliensfaktorene en betydelig andel av variansen i depressive symptomer. Disse resultatene peker i retning av at seksuelle krenkelser inngår som et av en rekke forhold som bidrar til risiko for depressive symptomer for den enkelte tenåringsjenta.

At resiliensfaktorene hadde en såpass stor relativ innvirkning på depressive symptomer blant seksuelt krenkede jenter gir grunn til optimisme. Samtidig kan det hevdes at det også er grunn til bekymring i forbindelse med det bildet som avtegner seg. Som påpekt tidligere (se *Uvalg*) er dette utvalget antageligvis bedre fungerende enn den reelle populasjonen. Likevel var det en konsistent effekt av seksuelle krenkelser på depressive symptomer både ved mildere og grovere former for krenkelser, selv ved kontroll for en rekke beskyttende faktorer.

Dette gir grunn til å spørre seg hva som ville blitt resultatet dersom utvalget hadde inkludert ungdommer som ikke gjennomfører videregående skole. Det er rimelig å anta at denne andelen ville hatt mindre tilgang på beskyttende faktorer og en større opphopning av belastninger som for eksempel eksponering for seksuelle krenkelser. Dette kunne forsterket de tendensene jeg har funnet, i den forstand at relasjonene mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer ville vært sterkere. En slik utvidelse av utvalget i en mer representativ og forutsetningsvis mer belastet retning ville muligens også gitt sterkere effekter. Mer forskning er påkrevd for å avklare om dette er tilfelle.

Er det en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for resiliens for gutter?

For guttene var ikke seksuelle krenkelser signifikant relatert til økning i depressive symptomer i modellene som kontrollerte for familiesamhold/sosial støtte og personlig kompetanse. Som rapportert i resultatdelen var imidlertid grove seksuelle krenkelser relatert til en nedgang i depressive symptomer i analysen som kontrollerte for sosial kompetanse (modell 3, Tabell 1). At denne effekten var ustabil over ulike modeller og ble vurdert å være lite meningsfull teoretisk, utgjorde argumenter for å forkaste modellen og beholde modell 1 som den beste representasjonen av data.

Dette innebærer at resultatene var konsistente på tvers av de ulike analysene. For guttene så det ikke ut til å være en sammenheng mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer. Dette funnet er i tråd med hva Arata et al. (2007) har funnet tidligere. Imidlertid har flere studier funnet en sammenheng (Briere & Elliot, 2003, Rosen & Martin, 1996, Sach-Erichsson, Kendall-Tackett & Hernandez, 2007, Bendiksen et al., 1994, Heath et al., 1996). I en studie ble det til og med funnet en sterkere positiv effekt av seksuelle overgrep på depressive symptomer for gutter enn for jenter (Schraedley et al., 1999). Liem et al. (1997) fant imidlertid at betydelig flere menn enn kvinner rapporterte lite depressive symptomer i tilknytning til seksuelle overgrep som barn.

Drøfting av forskjellige resultater for gutter og jenter

Kjønnsforskjeller er i utgangspunktet ikke en problemstilling i denne studien, men ettersom det var grunn til å anta at kjønn kunne utgjøre en viktig subgrupp-effekt ble analysene utført separat for gutter og jenter. Resultatene jeg har gjennomgått over kan oppsummeres med at det ble funnet klare og konsistente forskjeller i relasjonen mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer for henholdsvis jenter og gutter, hvor seksuelle krenkelser korrelerte positivt med depressive symptomer for tenåringsjenter og ikke tenåringsgutter. Hva kan forklare denne kjønnsforskjellen?

Et forhold som kan ha betydning for at seksuelle krenkelser er forbundet med depressive symptomer for jenter, men ikke for gutter, er de mekanismene som vektlegges både i de generelle kognitive diathesis-stress modellene (Hankin & Abramson, 2001) og i Kim og Spacarellis (1995) modell for seksuelle overgrep. I følge disse modellene utgjør en negativ attribusjonsstil og tendens til grubling en kognitiv sårbarhet for depresjon som kan utløses ved negative livshendelser. En rekke studier gir støtte til at denne kognitive stilen i større grad kjennetegner jenter enn gutter i tenårene. En seksuell krenkelse er sannsynligvis et eksempel

på en slik negativ hendelse som kan utløse både negativ affekt og kognisjon. Dersom jenter som utsettes for seksuelle krenkelser i større grad enn gutter attribuerer ansvaret for hendelsen til seg selv og skammer seg, er dette mulige mekanismer for at de i større grad opplever depressive symptomer enn gutter som har opplevd uønskede seksuelle hendelser. At seksuelle krenkelser ikke er forbundet med en økning i depressive symptomer for gutter kan dermed henge sammen med mer hensiktsmessig kognisjon i forbindelse med de uønskede seksuelle krenkelsene og i så måte være et uttrykk for gutters robusthet ved eksponering for seksuelle krenkelser

En annen mulighet er at seksuelle krenkelser ikke representerer det samme for jenter og gutter eller at de formative faktorene mild og grove seksuelle krenkelser ikke er ekvivalente for kjønnene. Det kan altså være snakk om både konseptuelle og metodologiske forhold. Jeg kommenterer sistnevnte alternativ under *begrensninger* og vil begynne med å utdype det første alternativet.

Leddene som inngår i seksuelle krenkelser spør etter uønskede seksuelle hendelser som samleie, analsex og oralsex mot informantens vilje, samt voldtekt og voldtektsforsøk. Det er ikke urimelig å anta at denne typen hendelser kan fortolkes forskjellig avhengig av kjønn. Handlingenes betydning kan henge sammen med kjønne forestillinger om hva som er seksuelt krenkende (Mossige & Stefansen, 2008). Videre er dette hendelser som kan inneha forskjellige kvaliteter for gutter og jenter, for eksempel knyttet til fysisk styrke og størrelse.

Av rapporten til Mossige & Stefansen (2008), som er basert på det samme datamaterialet som denne studien, fremgår det at jentene i utvalget i større grad oppgir å ha opplevd både mildt og sterkt press i forbindelse med de uønskede seksuelle hendelsene enn guttene. Guttene oppgir i liten grad å ha opplevd sterkt press. Det er mulig at disse resultatene gjenspeiler en forskjell mellom kjønnene i hvor mye press de har opplevd i situasjonen. Dette aspektet ved de uønskede seksuelle hendelsene kan ha betydning for hvordan informantene opplevde hendelsene i etterkant.

Det er rimelig å anta at situasjoner som oppleves som mer tvingende, ukontrollerbare og truende kan oppleves som mer negative og krenkende, enn situasjoner som bærer preg av overtalelse og mildt press. I tråd med dette er det flere studier som indikerer at bruk av fysisk press eller tvang er relatert til psykiske problemer (Beitchman et al., 1991; Beitchman et al., 1992; Liem, et al., 1997). Dermed vil den første typen situasjoner kunne utgjøre en større risiko for depressive reaksjoner. Dersom det forholder seg slik at større grad av fysisk press utgjør en større risiko for depressive reaksjoner kan dette bidra til å forklare at det er en forskjell mellom kjønnene i hvordan de seksuelle krenkelsene de har vært utsatt for er

forbundet med depressive symptomer i min studie. Samtidig er det verdt å merke seg at disse resultatene fra Mossige og Stefansens rapport er preget av frafall, noe som gjør at tolkninger vil være beheftet med usikkerhet. Mer forskning vil være nødvendig for å avklare hvorvidt opplevd grad av press i forbindelse med den uønskede seksuelle hendelsen er relatert til depressive symptomer.

Betydning av resiliens

I motsetning til forholdet mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer som var forskjellig for jenter og gutter, hadde de antatte resiliensfaktorene en merkbar negativ effekt på depressiv symptomatologi for begge kjønn. Dette resultatet er i samsvar med tidligere forskning på sosial støtte, familiesamhold og individuell kompetanse. Resultatene fra min studie supplerer disse funnene og gir støtte til at dette er faktorer som fungerer beskyttende for tenåringsjenter som har opplevd seksuelle krenkelser. Resultatene gir ikke støtte for å hevde det samme for gutter. Resiliensfaktorene reduserer riktignok depressive symptomer, men ut fra Tabell 3 og regresjonsanalysene syns ikke resiliensfaktorene å redusere depressive symptomer relatert til seksuelle krenkelser. Guttenes depressive symptomatologi kan virke å være relatert til andre forhold.

For jentene var effekten var uavhengig av resiliensnivå, med unntak av personlig kompetanse. At faktorene som representerte individressurser og ressurser ved individets sosiale kontekst opererte forskjellig for jentene, samt de moderate korrelasjonene i tabell 3, kan indikere at de områdene som inngår i resiliensbegrepet ikke nødvendigvis representerer en felles latent faktor. Dette kan tale mot en summering av resiliensområder til en generell faktor, men er en mulighet som avventer ytterligere empirisk avklaring. En slik tolkning virker imidlertid ikke å stå i motsetning til den teoretiske forståelsen av resiliens som et fenomen bestående av faktorer knyttet både til individ og kontekst (Luthar et al., 2000).

I den foreliggende studien undersøkte jeg henholdsvis hovedeffekt- og moderatoreffekthypoteser. I sum pekte de hierarkiske multiple regresjonsanalysene i retning av at resiliensfaktorene hadde en merkbar, men noe ulik effekt. Analysene ga støtte til både en kompensatorisk og en modererende modell avhengig av resiliensfaktor.

I flere studier blir imidlertid sosial støtte trukket frem som en mulig mediator av effekten av seksuelle krenkelser på mental helse (Runtz & Schallow, 1997; Mullen et al., 1996). Utformingen av den foreliggende studien var ikke egnet for å teste medierende

effekter, men dette er en relevant problemstilling som bør undersøkes nærmere i fremtidige studier.

Begrensninger ved studien

Utvalgets representativitet

Det er begrensninger ved den foreliggende studien. En begrensning gjelder utvalgets representativitet. LUVO-undersøkelsen, som mitt utvalg er trukket fra, er basert på avgangskullet av ungdommer fra videregående skole (Mossige & Stefansen, 2007). Denne utvalgstrekingen medfører sannsynligvis et systematisk frafall, hvor utvalget er bedre fungerende og mindre problembelastet enn den reelle populasjonen (Cristofersen & Clausen, 2008). Imidlertid er det sannsynlig at disse begrensningene har bidratt til et konservativt estimat av sammenhengene mellom seksuelle krenkelser og depresjon. Samtidig er det mulig at et mer representativt utvalg og mer variasjon kan føre til andre funn.

Ettersom LUVO-utvalget er basert på forskjellige grupper som skoler og klassetrinn ville det vært ønskelig med en multilevel-analyse av utvalget som kunne kontrollert for avhengighet i data som skyldes gruppeeffekter.

Videre ble regresjonsanalysene utført med listwise deletion. Dette forutsetter at frafallet er tilfeldig. Jeg har ingen indikasjoner på at frafallet er vesentlig skjevt, men det kan ikke utelukkes helt. Det er imidlertid et relativt begrenset frafall.

Måleinstrumenter

En annen begrensning ved min studie er estimeringen av de formative faktorene milde og grove seksuelle krenkelser. Den anbefalte fremgangsmåten for beregning av en formativ faktor tar hensyn til feilvarians ved den totale modellen. Min estimering inkluderte imidlertid ikke feilvarians og representerer således en approksimering til den formative faktoren. Dette kan ha hatt betydning for resultatene. Jeg forutsatte for eksempel at den formative faktoren var ekvivalent for gutter og jenter. Ettersom det var en merkbar forskjell i resultatene for kjønnene er det rimelig å stille spørsmål ved om faktorene seksuelle krenkelser faktisk er ekvivalente for gutter og jenter. Dette ble ikke undersøkt i analysene til Hagtvatn et al. (2008, under bearbeiding) på grunn av et relativt lite gutteutvalg. Å undersøke faktorekvivalens under denne forutsetningen krever analyseformer som anses å gå utover metodekravet til en hovedoppgave.

Dataene i studien er basert på retrospektiv rapport av seksuelle krenkelser. Generelt innebærer retrospektive data en fare for feilrapportering. Longitudinelle studier og studier med objektive kilder viser imidlertid at det ved ustabilitet i rapportering er vanligere med falske negative knyttet til rapporter av seksuelle overgrep og krenkelser (Fergusson, Horwood & Woodward, 2000; Hardt & Rutter, 2004).

Med hensyn til feilrapportering grunnet glemsel og selektiv hukommelse er det maksimalt fem år siden hendelsene som rapporteres har funnet sted, noe som antas å redusere feilrapport på dette grunnlaget noe. Mange tversnittsstudier av seksuelle krenkelser i barne- og ungdomsårene er basert på intervaller på flere tiår mellom hendelsen og rapportering (Jonzon & Lindblad; Briere & Elliot, 2003).

Ettersom studien er basert på selvrapport av depressive symptomer, seksuelle krenkelser og resiliens er det imidlertid mulig at informanternes depressivitet kan ha påvirket responsstilen gjennom negative bias i informasjonsprosessering (Gotlib, Krasnoperova, Yue & Joormann, 2004) og humørkongruenseffekter (Schradley, Turner & Gotlib, 2002). Dette er en metodologisk svakhet som ikke er unik for denne studien, men vil gjelde de fleste studier som undersøker depressive symptomer i et tilsvarende design.

Ingen av spørsmålene i resiliensskalaen var reversert, noe som kan gjøre spørsmålene sårbare for responsstil i rapportering. En responsstil basert på enighet eller sosial ønskerdighet ville imidlertid antas å motvirke depressive humørkongruenseffekter, ettersom dette ville gi høyere resiliensskårer.

Depressiv symptomatologi som utfallsmål

Min studie er begrenset til å si noe om effekt på depressive symptomer, men depressive symptomer og reaksjoner er som jeg kommenterte innledningsvis et av mange psykiske problemer og reaksjoner som er blitt satt i sammenheng med eksponering for seksuelle overgrep og krenkelser i barne- og ungdomsalder. Det er mulig at gutter og jenter opplever forskjellige symptombilder i relasjon til seksuelle krenkelser (Chandy, Blum & Resnick, 1996), selv om funnene på området er inkonsistente. Et annet utfallsmål enn depressive symptomer kunne dermed gitt andre funn både for guttene og jentene som inngikk i analysen, og muligens signifikante sammenhenger mellom seksuelle krenkelser og utfall for gutter,

Implikasjoner for behandlende intervensjoner

Et mål med denne studien har vært å bidra til mer kunnskap om hvordan beskyttende faktorer er assosiert med effekter av seksuelle krenkelser på mental helse, i form av depressive symptomer. Ettersom omstendigheter knyttet til selve krenkelsene i liten grad kan påvirkes i ettertid, er det viktig med kunnskap som knytter seg til forhold som lar seg påvirke, som sosial kontekst og individressurser.

Mer spesifikk kunnskap om hva som virker for hvem og under hvilke omstendigheter vil kunne være nyttig og viktig i utviklingen av behandlingstilbud for ungdom som har opplevd seksuelle krenkelser. Resultatene fra denne studien indikerer at de fleste resiliensfaktorene representerte ressurser som reduserte depressiv symptomatologi uavhengig av risiko, men at personlig kompetanse modererte depressive symptomer ytterligere for jentene. Dette tyder på at det vil kunne være spesielt viktig med tiltak som styrker jenters personlige kompetanse i forbindelse med seksuelle krenkelser.

Videre viste jentenes resultater at både milde og grove seksuelle krenkelser var forbundet med økning i depressive symptomer for jenter. Dette indikerer at det kan være relevant med behandling også ved eksponering for milde former for krenkelser for jenter.

KONKLUSJON

I denne studien har jeg sett på relasjoner mellom seksuelle krenkelser, resiliensfaktorer og depressive symptomer i et utvalg norske ungdommer som har vært utsatt for seksuelle krenkelser. Nærmere bestemt undersøkte jeg om det var en relasjon mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer kontrollert for resiliensfaktorer, og om denne relasjonen var avhengig av nivå av resiliens. Dette er den første norske studien som har undersøkt resiliensfaktorer i tilknytning til seksuelle krenkelser blant ungdom.

For jenter var det signifikante sammenhenger mellom både milde og grove krenkelser og depressive symptomer, mens det ikke ble funnet slike sammenhenger for gutter. Mine funn gir støtte til både en kompensatorisk og en modererende modell av hvordan resiliensfaktorer påvirker forholdet mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer for jenter, avhengig av resiliensfaktor. Kjønnforskjeller var ikke et fokus i studien, men det ble funnet klare og konsistente forskjeller i relasjonen mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer for jenter og gutter. Disse funnene tydeliggjør viktigheten av å studere kjønnene separat i forbindelse med seksuelle krenkelser og overgrep.

Det er grunn til å merke seg at distinksjonen som ble gjort med hensyn til milde og grove seksuelle krenkelser viste seg å bidra med unike og konsistente bidrag til depressive symptomer som ikke ville ha kommet frem ved å slå sammen alle leddene til en generell faktor.

REFERANSER

- Abramson, L., Metalski, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression, *Psychological Review*, 96(2), 358-372.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR. (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -Text Revision*. (4th Ed.). Washington DC.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D. & O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type treatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect*, 31, 393-415.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P. & Debourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in wellbeing and coping with self-reported stressful events in adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1377-1395.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Banyard, V. L., Williams, L. M. & Siegel, J. A. (2001). The long term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple trauma in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 697-715.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., daCosta, G. A., Akman, D. & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101-118.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., daCosta, G. A. & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15(4), 1991, 537-556.
- Bendixen, M., Muus, K. M. & Schei, B. (1994). The impact of child sexual abuse—A study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 18(10), 837-847.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D. E., Brent, D., Kaufman, J. D., Dahl, R., et al. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence*, 35(11), 1427-1439.
- Bollen, K. & Lennox, R. (1991) Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation Perspective. *Psychological Bulletin*, 110, 305-314.

- Briere, J. & Elliot, D. M. (1994). Immediate and long term impacts of child sexual abuse. *Sexual Abuse of Children*, 4, 2.
- Briere, J. & Elliot, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222
- Chandy, J. M., Blum, R. W. & Resnick, M. D. (1996). Gender specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child abuse and neglect*, 20(12), 1219-1231.
- Cicchetti, D., Rogosh, F. A. & Sturge-Apple, M. L. (2007). Interactions of child maltreatment and serotonin transporter and monoamine oxydase A polymorphisms: Depressive symptomatology among adolescents from low socioeconomic status backgrounds. *Development and psychopathology*, 19, 1161-1180.
- Cicchetti, D. & Toth, S. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, P., Cohen J., Teresi, J., Marchi, M. & Velez, N. (1990). Latent variables in structural equations causal models. *Applied psychological measurement*, 14(2), 183-196
- Cohen, J. Cohen, P. West, S. G. & Aitken, L. S. (Eds.) (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioural sciences* (3rd Ed.). Mahwa, NJ; Erlbaum.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24, 983-994.
- Collishaw, S. Pickles, A., Messer, J., Rutter, M, Shaerer, C. & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence for a community sample. *Child abuse and neglect*, 31, 211-229.
- Conte, J. R. & Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 11, 201-211.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. & Shear, K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- Derogatis, L.B., R.S. Lipman, E.H. Uhlenhuth og L. Covi (1974). The Hopkins Symptom Checklist: a self-report inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.

- Dunn, V. & Goodyer, I. M. (2006). Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: Psychiatric outcome in early adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 188, 216-222.
- Edgards, K. & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen year old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 88, 310-319.
- Emery, R. E. & Laumann-Billings, L. Child Sexual Abuse. (2002). In (Eds.) M. Rutter & E. Taylor. *Child and Adolescent Psychiatry* (4th Ed.) Malden, MA.; Blackwell Science.
- Fassler, I. R., Amodeo, M., Griffin, M. L., Clay, C.M. & Ellis, M. A. (2005). Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse & Neglect*, 29(3), 269-284.
- Feinauer, L. L., Mitchell, J., Harper, J. M. & Dane, S. (1996). The impact of hardness and severity of childhood sexual abuse on adult adjustment. *The American Journal of Family Therapy*, 24(3), 206-214.
- Feiring, C., Taska, L. & Lewis, M. (1996). A Process Model for Understanding Adaptation to Sexual Abuse: The Role of Stigmatization. *Child abuse & Neglect*, 20(8), 767-782.
- Fergusson, D. M., Horwood L. J., & Woodward, L. J. (2000). The Stability of Child Abuse Reports: A Longitudinal Study of the Reporting Behaviour of Young Adults. *Psychological Medicine*. 30(3), 529-544.
- Fergusson D.M., Lynskey, M.T. & Horwood, L.J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in young adulthood: Part I: The prevalence of sexual abuse and the factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 1355-1364.
- Fine, S., Haley, G., Gilbert, M. & Forth, A. (1993). Self-image as a predictor of outcome in adolescent major depressive disorder. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 34(8), 1399-1407.
- Fleming, J, Mullen, P. E., Sibthorpe, B. & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 145-159.
- Garaigordobil Landazabal, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills and personality skills. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(2). 182-192.
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, Jr., G. H. & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30(4), 67-483.

- Glantz, M. D. & Sloboda, Z. (1999). Analysis and reconceptualization of resilience. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Goldstein, S. & R. B. Brooks (Eds.) (2006) *Handbook of Resilience in Children*. New York, NY, Springer.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 63(1), 90-100.
- Gotlib, I. H., Kranoperova, E. Neubauer Yue, D. & Joormann, J. (2004). Attentional Bias for Negative Interpersonal Stimuli in Clinical depression (Online Version). *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 127-135.
- Hagtvet, K. & Sipos, K. (2004). Measuring anxiety by ordered categorical items in data with subgroup structure: the case of the Hungarian version of the trait anxiety scale of the state-trait anxiety inventory for children (staic-h). *Anxiety, Stress and Coping*, 17(1), 49-67.
- Hagtvet, K. A. Mossige, S., Stefansen, K. & Børretzen S. (2008). Relasjoner mellom internaliserende faktorer og seksuelle krenkelser. En illustrasjon av relasjonene mellom formative og refleksive faktorer (*Under bearbeiding*). Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Hankin, B. L & Abramson, L. Y. (2001). Development of Gender Differences in Depression: An elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796.
- Hankin, B. L., Fraley, C. R., Lahey, B. B. & Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxonomic analysis of childhood and adolescent depression in a population based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 96-110.
- Hardt, J. & Rutter M. (2004). Validity of Adult Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(2), 260-273.
- Haugaard, J. J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*, 55, 1036-1039.
- Hjemdahl, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2006). A New Scale for Adolescent Resilience: Grasping the Central Protective Resources Behind

- Healthy Development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39, 84-96.
- Hjemdahl, O., Friberg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H. & Martinussen, M. (2006). Resilience Predicting Psyciatric Symptoms: A Prospective Study of Protective Factors and their Role in Adjustment to Stressful Life Events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 194-201.
- Hjemdahl, O., Aune, T., Reinfjell, T. & Stiles, T. C. (2007). Resilience as a predictor of depressive symptoms: Acorrelational study with young adults. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 91-104.
- Jarvis, C.B., MacKenzie, S.B. & Podsakoff, P.M. (2003) A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research, *Journal of Consumer Research*, 30, 199-218
- Jonzon, E. & Lindblad, F. (2006). Risk factors and protective factors in relation to subjective health among adult female victims of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 127-143.
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.) *Resilience and development. Positive life adaptations*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kaplan, H. B. (2006). Understanding the Concept of Resilience. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.) *Handbook of Resilience in Children*. New York, NY, Springer.
- Kristofersen, L. B. & Clausen, S. E. (2008). *Barneversklinter i Norge 1990 2005. En longitudinell studie*. (NOVA-Rapport 3/08). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Kumpfer, K. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.) *Resilience and development. Positive life adaptations*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Gotlib, I. H. & Seeley, J. R. (1999). First Onset Versus Recurrence of Depression: Differential Processes of Psychosocial Risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 483-489.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 133-144.

- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial Risk Factors for Future Adolescent Suicide Attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Seeley, J. R., Klein, D. N. & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1585-1591.
- Lewinsohn, P.M., Solomon, A., Seeley, J. R. & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of “Subthreshold” Depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 345-351.
- Liem, J. H., James J. B., O’Toole, J. G. & Boudewyn, A. C. (1997). Assessing resilience in adults with histories of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(4), 594-606.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Luthar, S. & Cushing, G. (1999). Measurement issues in the Empirical Study of Resilience: An Overview. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Mallinckrodt, B. & Wei, Meifen (2005). Attachment, Social competencies, Social Support and Psychological Distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 358-367.
- Mallinckrodt, B. (1992). Childhood emotional bonds with parents, development of adult social competencies, and availability of social support. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 453-461. *North American Journal of Psychology*, 4, 149-160.
- Mannon, K. & Leitschuh, G. Child sexual abuse: A review of definitions, instrumentation, and symptomatology.
- Masten, A. S. & Coatsworth, J D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.) *Resilience and development. Positive life adaptations*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Merril, L. L., Thomsen, C. J., Sinclair, B. B, Gold, S: R. & Milner, J. S. (2001). Predicting the Impact of Child Sexual Abuse on Women: The Role of Abuse Severity, Parental Support, and Coping Strategies. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 69(6), 992-1006
- Mossige, S. (2000). Resultater og problemer i internasjonal forskning om seksuelle overgrep mot barn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Nr. 37, 418-430.
- Mossige, S & Stefansen, K. (Red.) (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole*. (NOVA-Rapport 20/07). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Mossige, S. (2001). *Ungdoms holdninger til seksuelle krenkelser og overgrep. Ungdommers oppfatning av barn som legitime mål for seksuelle handlinger*. (NOVA-Rapport 16/01). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Mossige, S., Ainsaar, M., & Svedin, C. G. (2007). (Eds.) (2007). *The Baltic sea study on adolescent sexuality*. (NOVA-Rapport 19/07). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C. Romans, S. E. & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1) 7-21.
- Netland, M. (2007) "Psykometrisme". *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 10, 1278-1279.
- Neumann, D. A., Housekamp, B. M., Pollock, V. E. & Briere, J. (1996). The long-term sequela of childhood sexual abuse in Women: A meta-analytical review. *Child Maltreatment*, 1(1), 6-16.
- Nezlek, J. B. (2001). Daily psychological adjustment and planfullness of day-to-day behaviour. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 452-475.
- Noelen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. & Seligman, E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A five year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 405-422.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of Gender differences in Depression during Adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3)424- 443.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347-374.
- Polusny, M. A. & Folette, V. M. (1995). Long term correlates of child sexual abuse. Theory and review of the empirical litterature. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 143-166.

- Rice, F., Gordon, T. H., Shelton, K. H. & Thapar, A. (2006). Family conflict interacts with genetic liability in predicting childhood and adolescent depression. *The American Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(7), 841-848.
- Rind, B., Tromovich, P. & Bauserman, R. (1998). A Meta-Analytic Examination of Assumed Properties of Child Sexual Abuse Using College Samples. *Psychological Bulletin*, 124(1) 22-53.
- Rosen, L. N & Martin, L. (1996). Impact of childhood abuse history on psychological symptoms among male and female soldiers in The U.S. Army. *Child Abuse & Neglect*, 20(12), 1149-1160.
- Rossow, I. & Bø, A.K. (2003). Metoderapport for datainnsamlingen til Ung i Norge 2002. Oslo: NOVA.
- Runtz. M. G. & Schallow, J. R. (1997). Social Support and Coping Strategies as Mediators of Adult Adjustment Following Childhood Maltreatment. *Child abuse & Neglect*, 21(2), 211-226.
- Rutter, Michael. (2002). Affective disorders. In (Eds.) M. Rutter & E, Taylor. *Child and Adolescent Psychiatry* (4th Ed.). Malden, MA.; Blackwell Science.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D. Sun, W. & Giedd, J. N. (2004). Prevalence and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Adolescent and Pediatric Medicine*, 158, 760-765.
- Seligman, M. E., Abramson, L., Semmel., A. & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3), 242-247.
- Schraedley, P. K., Gotlib, I. H. & Hayward, C. (1999). Gender Differences in Correlates of Depressive symptoms in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25, 98-108.
- Schraedley, P., Turner, J. R., Gotlib, I., H. (2002) Stability of Retrospective Reports in Depression: Traumatic Events, Past Depressive Episodes and Parental Psychopathology (Online Version). *Journal of Health and Social Behavior*, 43(3), 307-316.
- Southall, D. & Roberts, J. E. (2002). Attributional style, and self-esteem in vulnerability to adolescent depressive symptoms following life stress: A 14-week prospective study. *Cognitive Therapy & Research*, 26(5), 563-579.
- Spacarell, S. & Kim, S. (1995). Resilience Criteria and Factors Associated with Resilience in Sexually Abused Girls. *Child abuse & Neglect*, 19(9), 1171- 1182.
- Sroufe, A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.

- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J. & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28, 785-801.
- Steinhausen, H., Haslimeyer, C. & Winkler Metzke, C. (2007). Psychosocial factors in adolescent and young adult self-reported depressive syndromes: Causal or correlational associations. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 89-100.
- Sætre, M. Holter, H. & Jebsen, E. (1986). *Tvang til seksualitet. En undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag A.S.
- Tambs, K. (1994). *Undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Statens institutt for Folkehelse. Oslo.
- VandenBos, G. (Ed.) (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington, DC; American Psychological Association.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S. et al. (1999). Depressed adolescents grown up. *The Journal of the American Medical Association*, 281(18), 1707-1712.
- World Health Organisation (WHO). ICD-10. (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva; WHO.
- Wichstrøm, L. (1999). The Emergence of Gender Differences in Depressed Mood During Adolescence: The Role of Intensified Gender Socialization. *Developmental Psychology*, 35(1), 232-245.
- Ystgaard, M., Tambs, K. & Dalgaard, O. S. (1999). Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 34, 12-19.
- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikalainen, K. & Lönnquist, J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American journal of psychiatry*, 159, 1235-1237.

VEDLEGG

Vedlegg 1 Spørreskjema HSCL ledd

Nå følger en liste over forskjellige plager og problemer som man av og til kan ha.

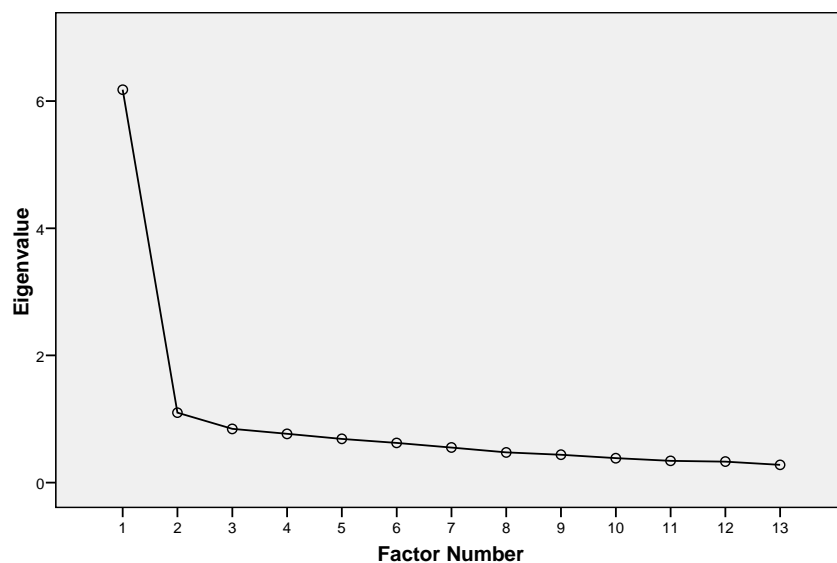
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette? Sett kryss i den ruta som passer for deg

(Sett ett kryss for hver linje)

	Ikke plaget i det hele tatt	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Plutselig redd uten grunn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å gråte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å klandre deg selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt at alt er et slit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt søvnproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg ulykkelig, trist eller deprimeret.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt håpløshet med tanke på framtida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg stiv eller anspent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymret deg for mye om ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenkt på å gjøre slutt på livet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vedlegg 2 Scree test av HSCL ledd jenter

Scree Plot



Vedlegg 3 Faktormatrise av HSCL ledd jenter

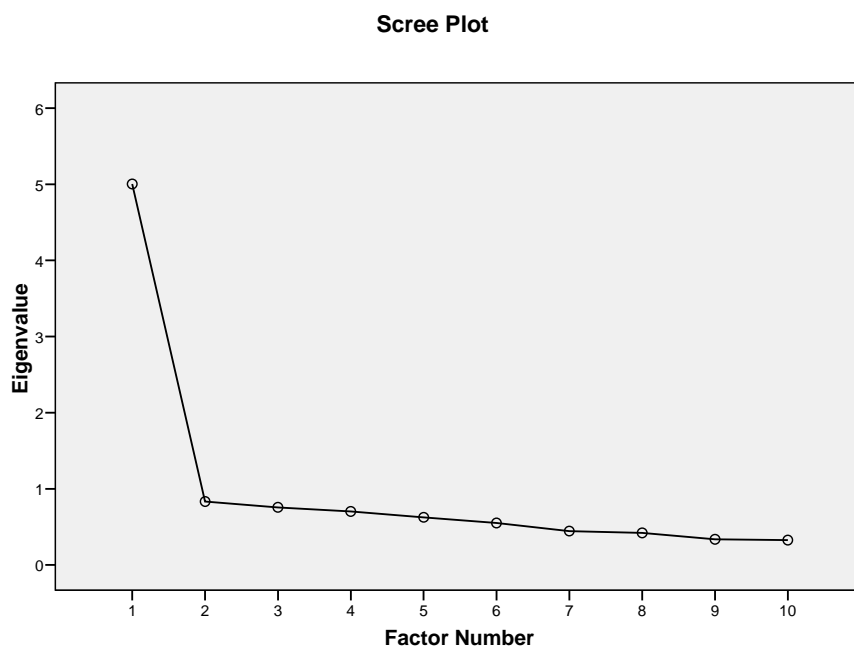
		Faktor 1	Faktor 2
hscl1	Plutselig redd uten grunn	-,024	,806
hscl2	Stadig redd eller engstelig	-,028	,880
hscl3	Kjent matthet eller svimmelhet	,449	,143
hscl4	Kjent nervøsitet eller indre uro	,428	,380
hscl5	Hatt lett for å gråte	,580	,055
hscl6	Hatt lett for å klandre deg selv	,681	,076
hscl7	Følt at alt er et slit	,838	-,139
hscl8	Hatt søvnproblemer	,582	,041
hscl9	Følt deg ulykkelig, trist,deprimert	,772	,039
hscl10	Følt håpløshet for fremtiden	,736	-,069
hscl11	Følt deg stiv eller anspent	,617	,024
hscl12	Bekymret deg mye om ting	,738	,057
hscl13	Tenkt på å gjøre slutt på livet	,395	,133

Extraction method: Principal axis factoring

Rotation method: Promax with Kaiser Normalization

a. Rotation converged in 3 iterations

Vedlegg 4 Scree test av HSCL ledd jenter (uten ledd 1, 2 og 4)



Vedlegg 5 Faktormatrise av HSCL ledd jenter (uten ledd 1, 2 og 4)

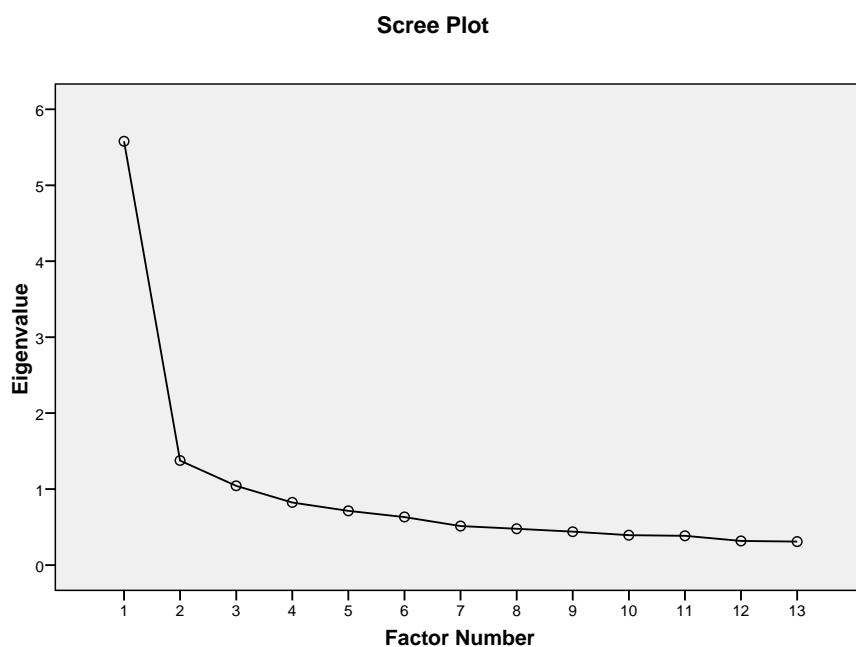
		Faktor 1
hsc13	Kjent matthet eller svimmelhet	,542
hsc15	Hatt lett for å gråte	,617
hsc16	Hatt lett for å klandre deg selv	,732
hsc17	Følt at alt er et slit	,743
hsc18	Hatt søvnproblemer	,613
hsc19	Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	,799
hsc110	Følt håpløshet for fremtiden	,688
hsc111	Følt deg stiv eller anspent	,633
hsc112	Bekymret deg mye om ting	,771
hsc113	Tenkt på å gjøre slutt på livet	,495

Extraction method: Principal axis factoring

Rotation method: Promax with Kaiser Normalization

a. 1 factors extracted. 4 iterations required.

Vedlegg 6 Scree test av HSCL ledd gutter



Vedlegg 7 Faktormatrise av HSCL ledd gutter

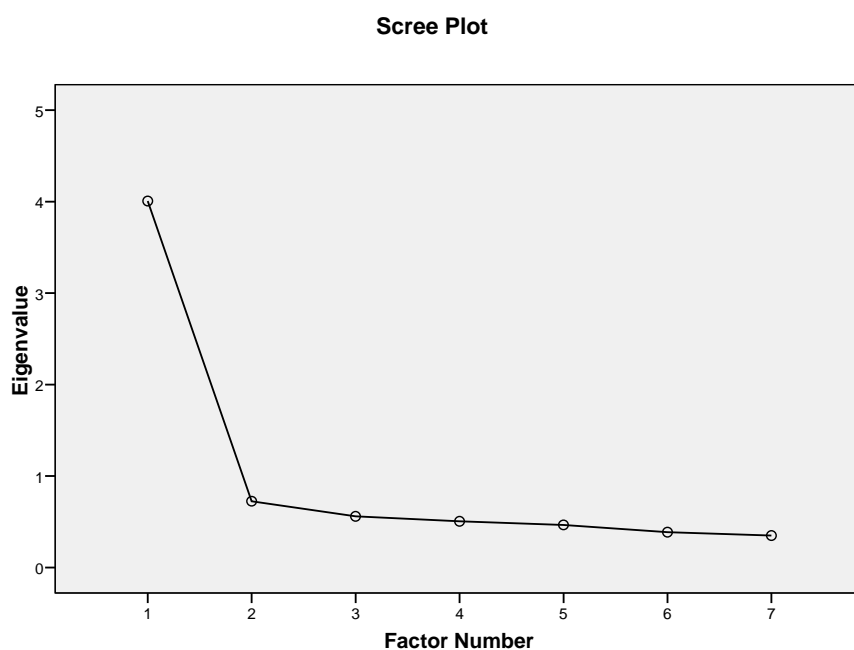
		Faktor 1	Faktor 2
hsc11	Plutselig redd uten grunn	-,093	,747
hsc12	Stadig redd eller engstelig	-,127	,901
hsc13	Kjent matthet eller svimmelhet	,273	,344
hsc14	Kjent nervøsitet eller indre uro	,342	,421
hsc15	Hatt lett for å gråte	,232	,200
hsc16	Hatt lett for å klandre deg selv	,600	,192
hsc17	Følt at alt er et slit	,802	-,152
hsc18	Hatt søvnproblemer	,573	-,032
hsc19	Følt deg ulykkelig, trist,deprimert	,733	,094
hsc110	Følt håpløshet for fremtiden	,771	-,040
hsc111	Følt deg stiv eller anspent	,730	,024
hsc112	Bekymret deg mye om ting	,702	,004
hsc113	Tenkt på å gjøre slutt på livet	,289	,325

Extraction method: Principal axis factoring

Rotation method: Promax with Kaiser Normalization

a. Rotation converged in 3 iterations

Vedlegg 8 Screetest av HSCL ledd gutter (uten ledd 1-5 og ledd 13)



Vedlegg 9 Faktormatrise av HSCL ledd gutter (uten ledd 1-5 og 13)

		Faktor 1
hsc16	Hatt lett for å klandre deg selv	,687
hsc17	Følt at alt er et slit	,709
hsc18	Hatt søvnproblemer	,545
hsc19	Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	,795
hsc110	Følt håpløshet for fremtiden	,754
hsc111	Følt deg stiv eller anspent	,746
hsc112	Bekymret deg mye om ting	,707

Extraction method: Principal axis factoring

a. 1 factors extracted. 5 iterations required.

Vedlegg 10 Kopi av spørreskjema om uønskede seksuelle hendelser

Spørsmål om uønskede seksuelle hendelser

Spørsmålene i denne delen av spørreskjemaet handler om uønskede seksuelle hendelser både da du var barn og i ungdomstida. Først spør vi om du har opplevd slike hendelser. Hvis du har hatt noen slike opplevelser ber vi deg også om å svare på spørsmål om den første og den siste av disse hendelsene.

Har du vært utsatt for noe av det følgende mot din vilje?

(Sett to kryss for hver linje)

	Før du fylte 13 år			Etter at du fylte 13 år		
	Nei	Ja	Antall ganger	Nei	Ja	Antall ganger
Noen har blottet seg for deg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Noen har befølt deg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Du har befølt deg selv foran noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Du har befølt en annen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Du har onanert foran noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Du har hatt samleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Du har hatt munnsex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Du har hatt analsex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Du har hatt annen form for sex.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Du har vært utsatt for voldtektsforsøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Du har vært utsatt for voldtekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

HVIS DU SVARTE «NEI» PÅ ALLE SPØRSMÅLENE OVER KAN DU HOPPE FRAM TIL SPØRSMÅLENE OM VENNSKAP, FORELSKELSE OG SEKSUALITET PÅ SIDE 16. HVIS DU SVARTE «JA» PÅ ETT ELLER FLERE AV SPØRSMÅLENE OVER BER VI DEG TENKE TILBAKE TIL DEN FØRSTE GANGEN NOE AV DETTE HENDTE, OG SVARE PÅ SPØRSMÅLENE A-G UNDER.

Vedlegg 11 Kopi av READ spørreskjema

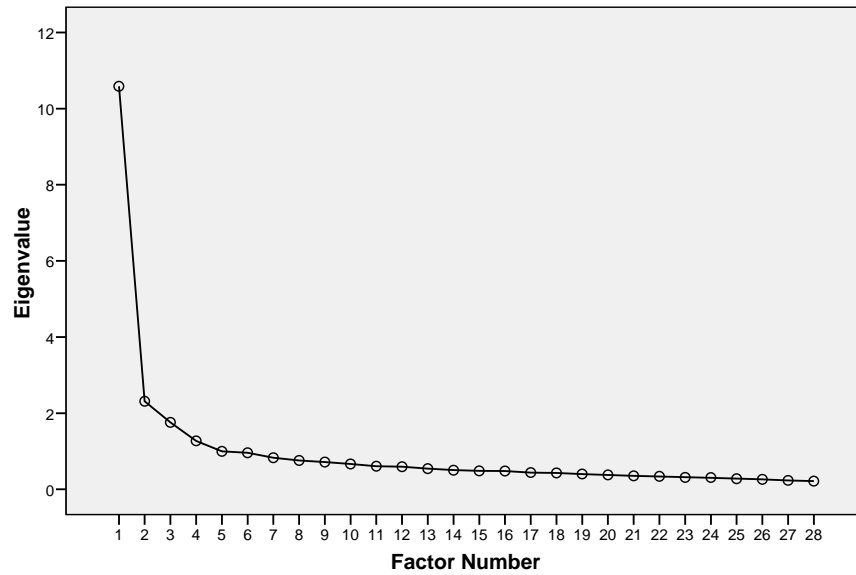
Tenk på hvordan du har hatt det den siste måneden. Hvordan du har tenkt og følt om deg selv, og om viktige mennesker omkring deg. Kryss av for det som passer best for deg.

(Sett ett kryss for hver linje)	Helt enig	Litt enig	Middels	Litt uenig	Helt uenig
Jeg kommer i mål dersom jeg står på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fungerer best dersom jeg lager meg klare mål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har noen venner / familiemedlemmer som pleier å oppmuntre meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt til nå.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I familien min er vi enige om hva som er viktig i livet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får lett andre til å trives sammen med meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vet hvordan jeg skal nå målene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg legger alltid en plan før jeg begynner med noe nytt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vennene mine holder sammen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trives godt i familien min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har lett for å finne nye venner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når det er umulig for meg å forandre på ting slutter jeg å gruble på dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er flink til å organisere tiden min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har noen nære venner / familiemedlemmer som virkelig bryr seg om meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I familien min er vi enige om det meste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er flink til å snakke med nye folk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler jeg er dyktig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I familien min har vi regler som forenkler hverdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har alltid noen som kan hjelpe meg når jeg trenger det.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg skal velge noe vet jeg oftest hva som blir riktig for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien min ser positivt på tiden fremover selv om det skjer noe veldig leit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg finner alltid noe morsomt å snakke om.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min tro på meg selv får meg gjennom vanskelige perioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I familien min støtter vi opp om hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg finner alltid på noe trøstende å si til andre som er lei seg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I motgang har jeg en tendens til å finne noe bra jeg kan vokse på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I familien min liker vi å finne på ting sammen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har noen nære venner / familiemedlemmer som setter pris på egenskapene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vedlegg 12

Scree test av READ skalaen jenter

Scree Plot



Vedlegg 13

Faktormatrise av READ skalaen jenter

Pattern Matrix^a

	Factor			
	1	2	3	4
jeg kommer i mål dersom jeg står på	-,113	,667	-,138	,267
jeg fungerer best dersom jeg lager meg klare mål	-,155	,647	-,191	,240
Jeg har noen venner / familiemedlemmer som pleier å oppmuntre meg	,141	,031	-,033	,630
Jeg er fornøyd med livet mitt til nå	,159	,333	,027	,294
I familien min er vi enige om hva som er viktig i livet	,730	,075	-,059	,098
Jeg får lett andre til å trives med meg	-,072	,006	,665	,195
Jeg vet hvordan jeg skal nå målene mine.	-,034	,717	,049	,065
Jeg legger alltid en plan før jeg begynner med noe nytt	,001	,699	-,097	-,084
Vennene mine holder sammen	-,062	,087	,294	,306
Jeg trives godt i familien min	,815	-,146	-,067	,191
Jeg har lett for å finne nye venner	-,039	-,157	,844	,099
Når det er umulig for meg å forandre på ting slutter jeg å gruble på dem	,162	,264	,172	-,163
Jeg er flink til å organisere tiden min	,060	,708	-,089	-,133
Jeg har noen nære venner / eller familiemedlemmer som virkelig bryr seg om meg	,104	-,121	,082	,655
I familien min er vi enige om det meste	,849	,056	-,013	-,116
Jeg er flink til å snakke med nye folk	-,014	-,096	,842	-,036
Jeg føler jeg er dyktig	,028	,498	,210	,036
I familien min har vi regler som forenkler hverdagen	,563	,200	,031	-,127
Jeg har alltid noen som kan hjelpe meg når jeg trenger det	,246	,053	,045	,482
Når jeg skal velge noe vet jeg oftest hva som blir riktig for meg	,114	,553	,041	,026
Familien min ser positivt på tiden fremover selv om det skjer noe veldig leit	,642	,057	,066	,048
Jeg finner alltid noe morsomt å snakke om	,092	,117	,587	-,088
Min tro på meg selv får meg igjennom vanskelige perioder	,060	,566	,270	-,124
I familien min støtter vi opp om hverandre	,821	-,099	-,051	,178
Jeg finner alltid på noe trøstende å si til andre som er lei seg	-,030	,010	,518	,110
I motgang har jeg en tendens til å finne noe bra jeg kan vokse på	,028	,499	,281	-,073
I familien min liker vi å finne på ting sammen	,738	-,044	,032	,012
Jeg har noen nære venner / familiemedlemmer som setter pris på egenskapene mine	,032	,031	,139	,636

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

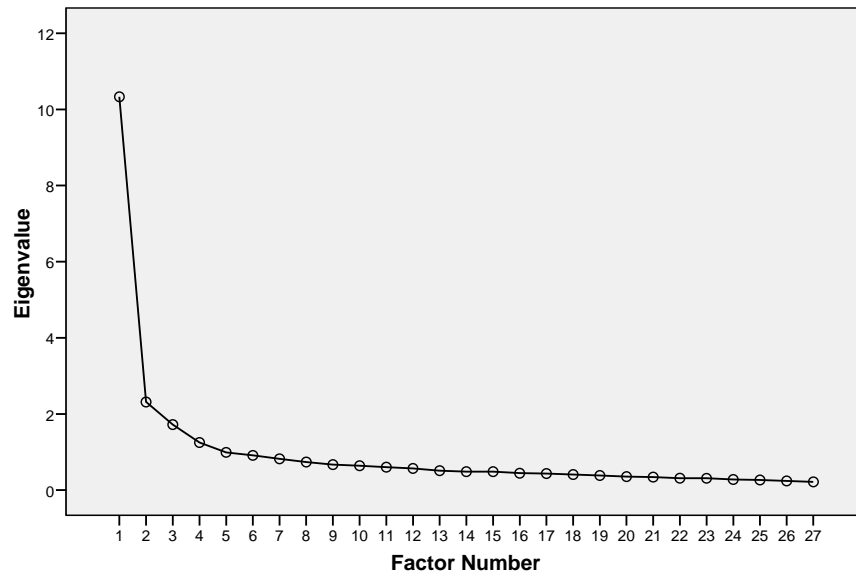
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Vedlegg 14

Scree test av READ skalen jenter (uten ledd 9)

Scree Plot



Vedlegg 15

Faktormatrise av READ skalaen jenter (uten ledd 9)

Pattern Matrix^a

	Factor			
	1	2	3	4
jeg kommer i mål dersom jeg står på	-,120	,672	-,132	,271
jeg fungerer best dersom jeg lager meg klare mål	-,154	,646	-,183	,237
Jeg har noen venner / familiemedlemmer som pleier å oppmuntre meg	,160	,039	-,023	,598
Jeg er fornøyd med livet mitt til nå	,178	,340	,026	,267
I familien min er vi enige om hva som er viktig i livet	,747	,069	-,062	,082
Jeg får lett andre til å trives med meg	-,063	,014	,659	,185
Jeg vet hvordan jeg skal nå målene mine.	-,034	,721	,046	,063
Jeg legger alltid en plan før jeg begynner med noe nytt	5,3E-006	,700	-,099	-,085
Jeg trives godt i familien min	,827	-,147	-,067	,177
Jeg har lett for å finne nye venner	-,032	-,147	,834	,093
Når det er umulig for meg å forandre på ting slutter jeg å gruble på dem	,179	,269	,162	-,185
Jeg er flink til å organisere tiden min	,061	,707	-,095	-,133
Jeg har noen nære venner /eller familiemedlemmer som virkelig bryr seg om meg	,101	-,107	,091	,647
I familien min er vi enige om det meste	,853	,050	-,019	-,116
Jeg er flink til å snakke med nye folk	-,044	-,098	,858	-,007
Jeg føler jeg er dyktig	,007	,499	,217	,058
I familien min har vi regler som forenkler hverdagen	,566	,199	,027	-,130
Jeg har alltid noen som kan hjelpe meg når jeg trenger det	,265	,063	,045	,454
Når jeg skal velge noe vet jeg oftest hva som blir riktig for meg	,118	,556	,038	,022
Familien min ser positivt på tiden fremover selv om det skjer noe veldig leit	,642	,061	,065	,045
Jeg finner alltid noe morsomt å snakke om	,100	,126	,575	-,097
Min tro på meg selv får meg igjennom vanskelige perioder	,054	,568	,268	-,119
I familien min støtter vi opp om hverandre	,821	-,100	-,050	,178
Jeg finner alltid på noe trøstende å si til andre som er lei seg	-,033	,017	,514	,113
I motgang har jeg en tendens til å finne noe bra jeg kan vokse på	,024	,501	,278	-,068
I familien min liker vi å finne på ting sammen	,727	-,049	,036	,022
Jeg har noen nære venner / familiemedlemmer som setter pris på egenskapene mine	,023	,037	,152	,643

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

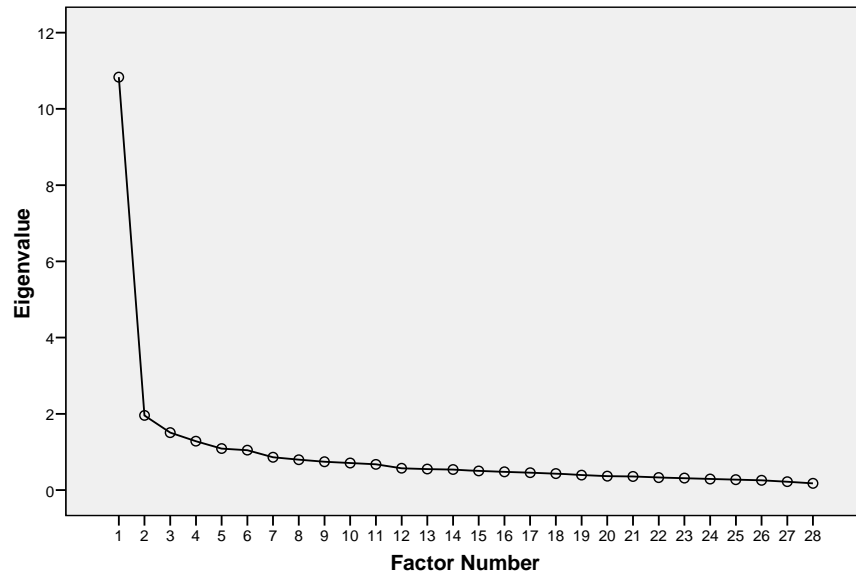
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Vedlegg 16

Scree test av READ skalaen gutter

Scree Plot



Vedlegg 17

Faktormatrise av READ skalaen gutter (firefaktorløsning)

Pattern Matrix^a

	Factor			
	1	2	3	4
jeg kommer i mål dersom jeg står på	,236	-,230	,765	-,082
jeg fungerer best dersom jeg lager meg klare mål	-,003	-,077	,519	,139
Jeg har noen venner / familiemedlemmer som pleier å oppmuntre meg	,617	,027	,196	-,046
Jeg er fornøyd med livet mitt til nå	,178	,080	,612	-,111
I familien min er vi enige om hva som er viktig i livet	,564	-,046	,243	,137
Jeg får lett andre til å trives med meg	,201	,472	,079	-,074
Jeg vet hvordan jeg skal nå målene mine.	-,151	,095	,603	,247
Jeg legger alltid en plan før jeg begynner med noe nytt	-,269	-,052	,338	,635
Vennene mine holder sammen	,250	,317	,119	-,031
Jeg trives godt i familien min	,857	-,047	,023	-,093
Jeg har lett for å finne nye venner	-,010	,855	-,083	-,024
Når det er umulig for meg å forandre på ting slutter jeg å gruble på dem	,089	,068	-,032	,382
Jeg er flink til å organisere tiden min	-,137	-,011	,239	,619
Jeg har noen nære venner /eller familiemedlemmer som virkelig bryr seg om meg	,659	,176	,028	-,259
I familien min er vi enige om det meste	,610	-,194	-,010	,409
Jeg er flink til å snakke med nye folk	-,001	,854	-,131	,027
Jeg føler jeg er dyktig	,027	,380	,432	-,018
I familien min har vi regler som forenkler hverdagen	,328	-,044	-,098	,463
Jeg har alltid noen som kan hjelpe meg når jeg trenger det	,532	,134	,055	,055
Når jeg skal velge noe vet jeg oftest hva som blir riktig for meg	,107	,232	,115	,286
Familien min ser positivt på tiden fremover selv om det skjer noe veldig leit	,519	,084	-,004	,137
Jeg finner alltid noe morsomt å snakke om	-,027	,549	,092	,127
Min tro på meg selv får meg igjennom vanskelige perioder	-,001	,105	,457	,204
I familien min støtter vi opp om hverandre	,858	-,019	-,034	,044
Jeg finner alltid på noe trøstende å si til andre som er lei seg	,273	,220	-,218	,324
I motgang har jeg en tendens til å finne noe bra jeg kan vokse på	,137	,189	,149	,361
I familien min liker vi å finne på ting sammen	,505	-,021	-,113	,445
Jeg har noen nære venner / familiemedlemmer som setter pris på egenskapene mine	,358	,316	,012	,068

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 13 iterations.

Vedlegg 18 Faktormatrise av READ skalaen gutter (trefaktorløsning)

Pattern Matrix^a

	Factor		
	1	2	3
Jeg kommer i mål dersom jeg står på	,204	,524	-,099
Jeg fungerer best dersom jeg lager meg klare mål	,006	,556	-,032
Jeg har noen venner / familiemedlemmer som pleier å oppmuntre meg	,635	,048	,071
Jeg er fornøyd med livet mitt til nå	,147	,411	,157
I familien min er vi enige om hva som er viktig i livet	,624	,240	-,024
Jeg får lett andre til å trives med meg	,178	-,010	,501
Jeg vet hvordan jeg skal nå målene mine.	-,135	,750	,120
Jeg legger alltid en plan f�r jeg begynner med noe nytt	-,151	,825	-,100
Jeg trives godt i familien min	,890	-,179	-,005
Jeg har lett for å finne nye venner	-,042	-,076	,861
Når det er umulig for meg å forandre på ting slutter jeg å gruble på dem	,180	,261	,021
Jeg er flink til å organisere tiden min	-,011	,706	-,064
Jeg har noen nære venner /eller familiemedlemmer som virkelig bryr seg om meg	,631	-,266	,231
I familien min er vi enige om det meste	,740	,223	-,223
Jeg er flink til å snakke med nye folk	-,014	-,076	,839
Jeg føler jeg er dyktig	,002	,367	,421
I familien min har vi regler som forenkler hverdagen	,448	,230	-,092
Jeg har alltid noen som kan hjelpe meg når jeg trenger det	,577	,018	,144
Når jeg skal velge noe vet jeg oftest hva som blir riktig for meg	,169	,321	,206
Familien min ser positivt på tiden fremover selv om det skjer noe veldig leit	,583	,032	,079
Jeg finner alltid noe morsomt å snakke om	-,022	,198	,545
Min tro på meg selv f�r meg igjennom vanskelige perioder	,022	,568	,125
I familien min støtter vi opp om hverandre	,935	-,122	-,009
Jeg finner alltid på noe trøstende å si til andre som er lei seg	,360	,035	,165
I familien min liker vi å finne på ting sammen	,630	,182	-,064
Jeg har noen nære venner / familiemedlemmer som setter pris på egenskapene mine	,388	,021	,317
Vennene mine holder sammen	,242	,048	,347
I motgang har jeg en tendens til å finne noe bra jeg kan vokse på	,215	,403	,160

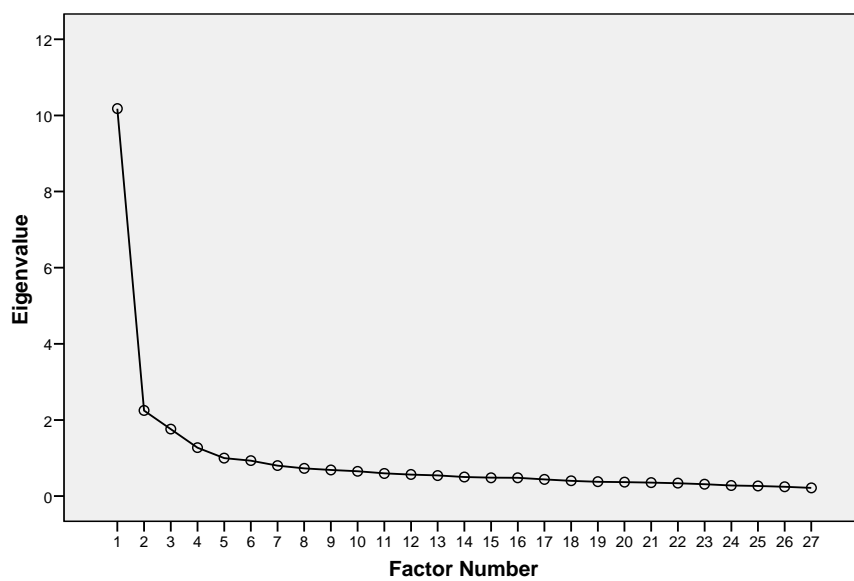
Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Vedlegg 19 Scree test av READ skalaen gutter (uten ledd 17)

Scree Plot



Vedlegg 20 Faktormatrise av READ skalaen gutter (uten ledd 17)

Pattern Matrix^a

	Factor		
	1	2	3
jeg kommer i mål dersom jeg står på	,079	,601	-,026
jeg fungerer best dersom jeg lager meg klare mål	,004	,610	-,085
Jeg har noen venner / familiemedlemmer som pleier å oppmuntre meg	,554	-,016	,146
Jeg er fornøyd med livet mitt til nå	,363	,290	,111
I familien min er vi enige om hva som er viktig i livet	,798	,094	-,088
Jeg får lett andre til å trives med meg	,026	,003	,732
Jeg vet hvordan jeg skal nå målene mine.	,002	,700	,083
Jeg legger alltid en plan før jeg begynner med noe nytt	-,074	,725	-,112
Vennene mine holder sammen	,125	,071	,393
Jeg trives godt i familien min	,950	-,127	-,084
Jeg har lett for å finne nye venner	-,018	-,126	,868
Når det er umulig for meg å forandre på ting slutter jeg å gruble på dem	,025	,307	,120
Jeg er flink til å organisere tiden min	-,043	,727	-,122
Jeg har noen nære venner /eller familiemedlemmer som virkelig bryr seg om meg	,535	-,160	,253
I familien min er vi enige om det meste	,751	,102	-,105
Jeg er flink til å snakke med nye folk	-,063	-,063	,798
I familien min har vi regler som forenkler hverdagen	,468	,231	-,045
Jeg har alltid noen som kan hjelpe meg når jeg trenger det	,568	,019	,168
Når jeg skal velge noe vet jeg oftest hva som blir riktig for meg	,121	,557	,049
Familien min ser positivt på tiden fremover selv om det skjer noe veldig leit	,667	,086	,028
Jeg finner alltid noe morsomt å snakke om	,000	,154	,549
Min tro på meg selv får meg igjennom vanskelige perioder	-,034	,568	,236
I familien min støtter vi opp om hverandre	,946	-,080	-,071
Jeg finner alltid på noe trøstende å si til andre som er lei seg	,011	,028	,549
I motgang har jeg en tendens til å finne noe bra jeg kan vokse på	-,043	,514	,265
I familien min liker vi å finne på ting sammen	,742	-,016	-,026
Jeg har noen nære venner / familiemedlemmer som setter pris på egenskapene mine	,461	-,024	,310

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

